

Ana Carolina da Costa Ventura



**Bem-estar Subjetivo em Cuidadores Formais de Idosos
que Frequentam Centros de Dias e/ou que se encontram
Institucionalizados em Lares de Terceira Idade**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Ana Carolina da Costa Ventura



**Bem-estar Subjetivo em Cuidadores Formais de Idosos
que Frequentam Centros de Dias e/ou que se encontram
Institucionalizados em Lares de Terceira Idade.**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Ana Carolina da Costa Ventura

**Bem-estar Subjetivo em Cuidadores Formais de Idosos
que Frequentam Centros de Dias e/ou que se encontram
Institucionalizados em Lares de Terceira Idade.**

Ana Ventura

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, ramo Psicologia Clínica e da Saúde.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenómeno que se observa não só em Portugal, mas à escala mundial. A longevidade humana e, conseqüentemente, o número de idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa. Esta realidade acarreta diversas alterações ao nível da organização da dinâmica pessoal, familiar e social do meio em que o idoso se insere, que, com o aumento da perda da sua autonomia ao longo dos anos, terá como último recurso a institucionalização. Por conseguinte, fez emergir a importância de um novo grupo profissional considerado crucial para a prestação de cuidados de forma digna e qualificada em instituições geriátricas: os cuidadores formais. São vários os estudos que apontam para as consequências positivas de elevados níveis de bem-estar subjetivo e satisfação com a vida, principalmente ao nível de grandes áreas, como a saúde física e psicológica, longevidade, emprego, relações sociais e recursos pessoais e sociais (Diener & Ryan, 2009; Diener & Biswas-Diener, 2008; Lyubomirsky, King, Diener, 2005) daí a pertinência de se estudar este constructo. Neste sentido, o principal objetivo do presente estudo foi avaliar o bem-estar subjetivo nos cuidadores formais de idosos que se encontram institucionalizados em lares de terceira idade e que frequentam centros de dia. Participaram no presente estudo 52 cuidadores formais de idosos maioritariamente do sexo feminino (88,5%), com idades compreendidas entre os 19 e os 56 anos ($M=30,94$; $DP=8,44$). Foram administrados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, versão portuguesa do Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) e da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). Os resultados apontam para que os cuidadores formais de idosos se mostrem globalmente satisfeitos e com maior presença de afetos positivos do que afetos negativos. Os principais resultados mostram que são os homens que pontuam mais no afeto negativo. Observou-se igualmente uma maior presença de afeto negativo nos cuidadores que desempenham funções em lares de terceira idade e centros de dia simultaneamente e uma menor satisfação com a vida nos cuidadores que trabalham apenas em centros de dia. Verificou-se também que quanto maior for a duração da experiência anterior em lares de terceira idade e centros de dia maior é o afeto negativo e, relativamente à percepção da saúde, verificou-se que a satisfação com a vida é maior nos cuidadores que percebem a sua saúde como sendo muito boa. O presente estudo sublinha importância da promoção do bem-estar subjetivo nestes profissionais.

Palavras-chave: Cuidadores formais de idosos, Bem-estar Subjetivo, Institucionalização, Lar de Terceira Idade, Centro de Dia.

ABSTRACT

Population ageing is a phenomenon that is observed not only in Portugal but worldwide. Human longevity and, consequently, the number of elderly people in the population structure has been increasing significantly. This reality entails several changes in the organization of the personal, family and social dynamics of the environment in which the elderly are inserted, which, with the increase of the loss of their autonomy over the years, will have as its last resort being institutionalized. Therefore, it is important to highlight the importance of a new professional group that will be crucial for the provision of decent and qualified care in geriatric institutions: formal caregivers. A number of studies point to the positive consequences of high levels of subjective well-being and life satisfaction, particularly in large areas such as physical and psychological health, longevity, employment, social relationships and personal and social resources (Diener & Ryan, 2009; Diener & Biswas-Diener, 2008; Lyubomirsky, King, Diener, 2005), hence the relevance of studying this construct. In this sense, the main objective of the present study was to evaluate the subjective well-being in the formal caregivers of elderly people who are institutionalized in nursing homes and who attend day care centers. In the present study, 52 formal caregivers of the elderly, mostly female (88.5%), aged between 19 and 56 years old ($M = 30.94$, $SD = 8.44$) participated in the study. The following instruments were administered: sociodemographic questionnaire, Portuguese version of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) and the Life Satisfaction Scale (SWLS). The results point out that the formal caregivers of the elderly are globally satisfied and with a higher presence of positive affections than negative affections. The main results show that it is men who score more on negative affection. There was also a greater presence of negative affection in caregivers who perform functions in nursing homes and day care centers simultaneously and a lower satisfaction with life in caregivers working only in day care centers. It was also found that the greater the duration of the previous experience in nursing homes and day centers, the greater the negative affection and, in relation to the perception of health, it was verified that satisfaction with life is greater in caregivers who perceive their health as being very good. The present study emphasizes the importance of promoting subjective well-being in these professionals.

Keywords: Formal caregivers of the elderly, subjective well-being, Institutionalization, Nursing Home, Day Center.

Dedicatória

Dedico esta investigação à minha mãe, pela paciência, pelo amor incondicional e por ser a minha maior inspiração.

À minha família e amigos.

A todas as pessoas que são importantes para mim.

*“Sozinhos, pouco podemos fazer; **juntos**, podemos fazer **muito**”*

Helen keller

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que tiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste percurso. A presente Dissertação de Mestrado é o culminar de um percurso desafiante, intenso e muito gratificante, a nível académico, profissional e pessoal.

Agradeço, à minha orientadora de dissertação da UFP, Professora Doutora Isabel Silva, por todo o apoio, assertividade e disponibilidade demonstrada ao longo destes meses, pelas palavras de encorajamento e incentivo nos momentos menos positivos deste meu percurso, as suas palavras positivas e motivadoras, revelaram-se fundamentais e essenciais para ultrapassar este desafio de uma forma mais confiante e positiva. O seu apoio e incentivo constante, revelou-se imprescindível para a conclusão desta dissertação, contribuindo também, para um maior enriquecimento académico e pessoal.

Agradeço, à Universidade Fernando Pessoa, a todos os professores e funcionários pela aprendizagem, generosidade e apoio que me proporcionaram ao longo do meu percurso académico.

A todos os cuidadores formais de idosos que participaram deste estudo. Obrigada!

Aos colaboradores do Lar de Terceira Idade da SCMVC, um enorme e sentido Obrigada! Um agradecimento especial à Dra. Sameiro Maio, minha supervisora de estágio nesta instituição, pela disponibilidade, acolhimento e importante apoio para que a realização deste projeto de investigação fosse possível.

A todos os utentes do Lar de Terceira Idade da SCMVC, Obrigada! Obrigada pelas demonstrações de carinho constantes, pelos momentos de partilha, pelas palavras cheias de sabedoria e lições de vida que só as pessoas mais velhas sabem transmitir, obrigada por todo o amor!

A todos os utentes do Lar de Terceira Idade da SCMVC, um enorme e sentido Obrigada! Obrigada pelas demonstrações de carinho constantes, pelos momentos de partilha, pelas palavras sábias e lições de vida que só as pessoas mais velhas sabem transmitir, obrigada por todo o amor!

Agradeço, em especial à minha mãe, pelo amor e apoio incondicional. Obrigada por tudo!

Família e Amigos, OBRIGADA! O mais bonito e importante dos laços humanos. Não há no mundo, nada mais importante que o amor da nossa família e amigos. Adoro-vos!

A todos o meu sincero Obrigada!

ÍNDICE

Resumo.....	VI
Abstract.....	VII
Agradecimentos.....	X
Índice de Quadros	XIV
Índice de Figuras/Anexos.....	XVI
Siglas e Abreviaturas.....	XVII

Introdução.....	1
------------------------	----------

Parte I– Enquadramento teórico.....	4
--	----------

1.1. Envelhecimento populacional e institucionalização.....	5
--	---

2. Os cuidadores.....	7
------------------------------	----------

3. Bem-estar subjetivo.....	11
------------------------------------	-----------

3.1. Definição.....	11
---------------------	----

3.2. Componentes do BES.....	17
------------------------------	----

3.2.1. Componente cognitiva do BES.....	18
---	----

3.2.2. Componente afetiva do BES.....	20
---------------------------------------	----

3.3. Determinantes do Bem-Estar Subjetivo.....	22
--	----

4. Bem-estar subjetivo e cuidados formais	24
--	-----------

Parte II – Estudo Empírico.....	29
--	-----------

2.1. Pertinência do estudo.....	30
---------------------------------	----

2.2. Método.....	32
------------------	----

2.2.1. Participantes.....	32
---------------------------	----

2.2.2. Instrumentos.....	34
--------------------------	----

2.2.3 Procedimento.....	38
-------------------------	----

3. Resultados.....	40
4. Discussão	52
5. Conclusão.....	61
6. Referências	65
Anexos.....	78

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caraterísticas Distintivas de Bem-Estar (adaptado de Bertoquini,2013)	
.....	14
Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes no que diz respeito ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional.....	33
Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (continuação).....	34
Quadro 4 - Caraterização do bem-estar subjetivo dos cuidadores formais de idosos. Mínimos, Máximos, Médias, Amplitude e Desvio padrão para o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.....	40
Quadro 5 - Caraterização dos participantes relativamente à variável sexo, afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.....	41
Quadro 6 - Médias e desvio padrão do afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida em função do estado civil.....	42
Quadro 7 - Média e desvio padrão do afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida em função das habilitações literárias.....	43
Quadro 8 - Média e desvio padrão do afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida em função da categoria profissional.....	44
Quadro 9 - Média e desvio padrão do afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida em função do desempenho de funções.....	45
Quadro 10 - Análise das diferenças entre cuidadores com experiência anterior de trabalho quanto ao afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.....	46

Quadro 11- Análise da relação entre a percepção de saúde, afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.....	47
Quadro 12- Análise da relação entre a idade, afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.....	48
Quadro 13- Análise da relação entre a duração dessa experiência e o afeto positivo, afeto negativo e a satisfação com a vida.....	49
Quadro 14- Análise da relação entre o afeto positivo, afeto negativo e a satisfação com a vida.....	50
Quadro 15- Análise da relação entre a idade, tempo das funções desempenhadas e o afeto positivo, afeto negativo e a satisfação com a vida.....	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação e enquadramento do conceito de bem-estar subjetivo (adaptado de Galinha, 2006)	12
Figura 2. Dimensão partilhada pela Qualidade de Vida pelo Bem-estar Subjetivo-Satisfação com Vida. (Adaptado de Galinha, 2006)	19
Figura 3. Modelo circumplexo do afeto (adaptado de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)	21

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I- Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.....	79
Anexo II- Autorização da instituição.....	80
Anexo III- Autorização dos autores das escalas: SWLS e PANAS.....	82
Anexo IV Declaração de Consentimento Informado.....	83
Anexo V. Questionário Sociodemográfico.....	84
Anexo VI. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (Versão Portuguesa de Neto, Barros e Barros, 1990).....	86
Anexo VII. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Versão portuguesa de Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005).....	87

SIGLAS E ABREVIATURAS

BES - Bem- Estar Subjetivo

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

NLCS - National Longitudinal Caregiver Survey

OMS - Organização Mundial de Saúde

PANAS - Positive and Negative Affect Scale

QV - Qualidade de Vida

S.P.S.S. - Statistical Package for Social Sciences

SWLS - Satisfaction With Life Scale

WHO - World Health Organization

Introdução

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade do idoso (Sequeira, 2010).

Perante este panorama, a institucionalização surge como uma realidade cada vez mais presente na vida da pessoa idosa, sendo que o aumento do número de idosos implica um aumento do número de cuidadores, motivos que justificam a extrema importância do estudo da figura do cuidador.

Assim, ao longo desta dissertação pretendeu-se avaliar o bem-estar subjetivo dos cuidadores formais de idosos que se encontram institucionalizados em lares de terceira idade e que frequentam centros de dia, de forma a enfatizar o papel da psicologia na promoção da saúde mental desta população.

Segundo a World Health Organization (2013), a saúde mental é uma componente integrante no que se refere às questões de saúde, pois não há saúde sem saúde mental. Esta não se caracteriza apenas pela ausência de distúrbios mentais (Keyes, 2005), mas também pela existência de algo positivo (Ryff & Singer, 1998), isto é de elevados níveis de bem-estar psicológico, emocional e social (Keyes, 2002).

Torna-se, por isso, essencial lembrar que a Psicologia não direciona a sua atenção somente para os problemas em si, mas também, e não menos importante, para o aumento das potencialidades dos indivíduos (Passareli & Silva, 2007).

Keyes (2005) referiu que seria importante que os profissionais de saúde e investigadores valorizassem mais a saúde mental / bem-estar do que a doença mental, sendo que desta junção alcançar-se-ia um estado de saúde mental completa (Westerhof & Keyes, 2010).

O bem-estar subjetivo é um importante componente da Psicologia Positiva da Saúde, considerado, simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida, o Afeto Positivo e o Afeto Negativo. É um conceito recente, que tem suscitado, nas últimas décadas, o interesse generalizado de muitas vertentes da Psicologia e que tem vindo a reforçar a sua identidade, à medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados (Galinha & Ribeiro, 2005).

No que se refere à saúde em geral, Diener e Chan (2011) realizaram um estudo de revisão da literatura da relação dos estudos que se referem à relação entre bem-estar subjetivo e saúde e longevidade. Muito embora referem algumas limitações para os estudos que relacionam estas variáveis, os investigadores designam sete pontos de convergência entre esses estudos embasados pelo suporte de diversas metodologias científicas: (a) os estudos longitudinais de longo-termo, os valores iniciais de bem-estar subjetivo relacionaram-se, posteriormente, com a saúde e a longevidade – controlando a baseline para a saúde e controlando o estatuto socioeconómico, a relação entre as variáveis tende a ser mais forte; (b) os estudos que procuram compreender os processos fisiológicos que afetam a saúde e longevidade, na sua relação com o bem-estar subjetivo, bem como os estudos que demonstram que as mudanças no bem-estar subjetivo têm impacto nos valores das medidas fisiológicas; (c) estudos em que as emoções e os estados de humor foram experimentalmente manipulados, e o impacto nas medidas fisiológicas

que, posteriormente, se relacionavam com a saúde; (d) estudos animais, em que por exemplo, se apresentavam condições ambientais facilitadoras de stresse, produziam um impacto negativo na saúde; (e) estudos quase-experimentais que indicam que os eventos emocionais e os desastres associavam-se negativamente à saúde; (f) estudos de intervenção, em que os tratamentos administrados se relacionavam com o bem-estar subjetivo a longo termo; (g) estudos que demonstram como os fatores relativos à qualidade de vida, como o dor e a mobilidade se relacionam com o bem-estar subjetivo.

A presente investigação encontra-se estruturada essencialmente em três partes, com relação entre si. A primeira assenta numa revisão da literatura, tendo como objetivo um levantamento e análise dos estudos mais relevantes que se realizaram nesta área científica, a nível nacional e internacional, sendo o principal construto em análise o bem-estar subjetivo. A segunda parte é referente ao estudo empírico efetuado, incluindo a descrição do método, os resultados e a discussão dos mesmos. E por fim, mas não menos importante, a conclusão, etapa que engloba uma reflexão crítica global, integrando os principais contributos e implicações da investigação, refletindo sobre as limitações que lhe estão associadas e adiantando algumas sugestões para possíveis estudos futuros.

PARTE I

Enquadramento Teórico

I-Enquadramento teórico

1.1. Envelhecimento populacional e institucionalização

Em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2015), a população idosa, isto é, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, representava em 2013, 19,9% da população, proporção que corresponde a 2 069,8 milhares de pessoas idosas, 857,6 milhares de homens e 1 212,2 milhares de mulheres.

Segundo o INE (2014), as tendências demográficas recentes caracterizam-se pelo aumento da esperança de vida, diminuição acentuada da fecundidade, redução da mortalidade infantil, aumento da emigração e consequente envelhecimento da população, aprofundando as alterações da estrutura etária do país.

Considerando projeções para o período de 2025 e 2060, a população idosa (65 anos ou mais) residente em Portugal aumentará, atingindo 3.344 milhares (INE, 2015). Com o crescimento populacional da faixa etária de idosos, espera-se que o número de institucionalizações aumente. Vaz (2009) indica como riscos associados à institucionalização: a diminuição da capacidade cognitiva, derivada da perda de autonomia (ou de patologias como a demência, que muitas vezes leva à institucionalização), entre outras; redução das atividades de vida diária, diminuição da capacidade funcional física, isolamento e solidão devido à ausência de laços familiares.

Desta forma, o aumento da dependência do idoso leva, inevitavelmente, ao aumento dos problemas de saúde e consequente perda de autonomia, o que origina a incapacidade dos familiares na prestação dos cuidados, surgindo neste contexto a necessidade da institucionalização. Contudo, os problemas de saúde e a perda de autonomia não são os únicos aspetos que determinam a institucionalização dos idosos, podendo apontar-se, ainda, o isolamento e a falta de recursos económicos e habitacionais (Fragoso, 2008).

De acordo com o cenário médio das projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo INE, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando, em 2050, 32% do total da população.

Face a esta realidade, cabe às instituições proporcionar a prestação de cuidados (Fragoso, 2008).

Em 2004, os dados oficiais apontavam para 56.535 pessoas idosas, institucionalizadas, em 1517 Lares de Terceira Idade legais, representando 3,2% das pessoas idosas (INE, 2007).

Em Portugal, a institucionalização é feita maioritariamente através de entidades privadas lucrativas e não lucrativas; destas últimas ressaltam-se as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que surgiram em 1976 e, são até hoje, as instituições que disponibilizam um maior número de serviços para a população idosa, desde centros de convívio (focados na prevenção do isolamento e manutenção das relações sociais), aos centros de dia (onde são disponibilizados essencialmente serviços associados à alimentação, higiene e outros cuidados básicos, durante o dia, permitindo à pessoa idosa manter-se em sua casa ou com a sua família, mesmo que esta não lhe possa prestar cuidados durante o dia), serviços de apoio domiciliário (este tipo de cuidados incluem desde a satisfação das necessidades básicas a cuidados de saúde, permitindo-se à pessoa idosa continuar a viver em sua casa), até aos lares de terceira idade, com um carácter mais permanente, onde se prestam uma variedade de serviços, como o alojamento temporário ou permanente, alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, atividades de convívio e animação social, assim como ocupação dos tempos livres (Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro de 2006).

Assim, e devido ao aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento da população é dada cada vez mais importância ao papel e à qualidade dos serviços prestados por parte das instituições e profissionais na prestação de cuidados a idosos (Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira & Ferreira, 2009).

Em seguida, aborda-se o conceito de cuidador, com o objetivo de compreender o processo de prestação de cuidados nas suas várias dimensões e concetualizações, dando ênfase ao conceito de cuidador formal, fazendo este componente parte integrante do tema em estudo, e essencial para a compreensão do mesmo.

2. Os Cuidadores

Para Ricarte (2009), cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que engloba múltiplas vertentes: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica. Remete para a tarefa que visa manter a vida satisfazendo um conjunto de necessidades a ela indispensáveis. É o acto de apoiar alguém ou prestar -lhe um serviço, resultando desta forma num processo interactivo entre o cuidador e a pessoa cuidada.

Alguns autores definem “cuidador” como aquele que assume a responsabilidade de cuidar, de fornecer suporte ou assistir alguma necessidade da pessoa cuidada, visando à melhoria da sua qualidade de vida (Leitão & Almeida, 2000).

Para Nascimento, Moraes, Silva, Veloso e Vale (2008), cuidador é o indivíduo que presta cuidados para suprir a incapacidade funcional temporária ou definitiva. Já Neri (2008) define cuidador como uma pessoa que responde ao papel e/ou às tarefas de cuidar de idosos que apresentam diferentes níveis de dependência associada a incapacidades funcionais e a doenças.

Para Sommerhalder (2001), os cuidadores formais compreendem todos os profissionais e instituições que realizam atendimento sob a forma de prestação de serviços.

O aumento de pessoas em situação de dependência tem crescido e fez surgir um novo fenómeno na sociedade – o envelhecimento em contexto institucional. Esse fenómeno teve como reflexo a necessidade de criar um novo grupo profissional - os cuidadores formais. Na prestação de cuidados, podemos distinguir vários tipos de apoio, um designado de apoio formal e outro de apoio informal (Martins, 2007).

O apoio formal é prestado nos lares de idosos, serviços de apoio domiciliário e centros de dia, enquanto o apoio informal diz respeito ao cuidado prestado por familiares, amigos e/ou vizinhos (Paúl & Fonseca, 1999), ou seja, os cuidadores informais prestam cuidados contínuos às pessoas dependentes, mas não são remunerados, não têm qualquer vínculo formal, nem possuem formação específica para a prestação desses mesmos cuidados (Brito & Ramos, 2002). Já os cuidadores formais são indivíduos qualificados que detêm preparação para o desempenho deste papel, e são remunerados pelos serviços que executam uma vez que estão a desempenhar a sua atividade profissional tendo em conta as suas competências profissionais (Sequeira, 2007).

Os cuidados formais compreendem uma multiplicidade de instituições e profissionais. Segundo Paúl (1997), as redes de apoio formal enquanto estruturas incluem os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível de concelho ou de freguesia criados para servir a população idosa, sejam eles Residências, Centros de Dia, Centros de Noite, Centros de Convívio, Lares ou Serviços de Apoio domiciliário.

Os lares residenciais são talvez das respostas mais antigas e universais criadas para a prestação de cuidados a quem deles necessita, acolhendo a tempo inteiro utentes. Mais recentemente surgem também os centros de dia que visam prestar apoio aos idosos que usualmente não apresentam incapacidades graves, apoiando dessa forma as famílias na resposta às necessidades dos sujeitos, garantindo a sua segurança durante 8 a 10 horas diárias e prevenindo simultaneamente o problema da solidão (Ferreira, 2014). Neste contexto, promove-se o relacionamento interpessoal, o envelhecimento ativo através de propostas de atividades sociais, lúdicas, com terapia ocupacional, a prática de desporto, passeios, bem como atividades que asseguram as necessidades básicas como a alimentação e higiene (Ferreira, 2014). Nestas instituições salienta-se a importância de técnicos especializados, em áreas multidisciplinares, e com formação em gerontologia, para garantir a realização das tarefas junto da população utente e promover o seu bem-estar e qualidade de vida: são muitas vezes estes técnicos que dentro da instituição assumem funções de cuidadores formais (Brito,& Ramos, 2002).

Desta forma, e de acordo com a própria definição, os cuidadores formais representam um grupo profissional de ajuda em que a relação e as pessoas são a sua principal matéria-prima (Monteiro, 2013). Os cuidadores formais deverão ter como objetivos profissionais contribuir para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos utentes, colmatando, se possível, as suas incapacidades funcionais, sejam elas temporárias ou definitivas (Nascimento et al., 2008). Assim, o cuidador poderá estar constantemente em contacto direto e contínuo com pessoas que estão numa situação de dependência e grande vulnerabilidade física, social e cognitiva (Cocco, Gatti, Mendonça Lima, & Camus, 2003; Zamora & Sánchez, 2008; Cocco, 2010).

Os cuidadores formais auxiliam os idosos nas suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, constituindo pilares essenciais em qualquer instituição. Os cuidados prestados aos idosos são, em regra, uma tarefa árdua e complexa, resultante das exigências das tarefas de cuidar e de alguns fatores de vulnerabilidade pessoal, gerando, neste âmbito, situações de stress no trabalho. Este processo caracteriza-se pela variabilidade e não ocorre em todos os cuidadores, pois alguns cuidadores sentem satisfação quando conseguem bons resultados, independentemente dos esforços físicos e psicológicos que se lhe exijam (Ribeiro et al., 2009)

Em suma, o processo de prestação de cuidados, sem dúvida, assume um papel complexo, dinâmico e preponderante nas necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem os presta, dependendo da própria evolução da doença e da situação de dependência, do contexto familiar, das redes de apoio social, do sistema de crenças (Britto, 2001).

3. Bem-estar subjetivo

3.1. Definição do Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo é uma dimensão positiva da Saúde Mental, integrando, na sua conceptualização, uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, que integra parcialmente outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a qualidade de vida e o afeto (Galinha, 2006). (cf. figura 1)

Desta forma, é considerado um conceito complexo, que abrange vários domínios da Psicologia, designadamente, a Psicologia social, a Psicologia da saúde e a Psicologia clínica (Galinha, 2006).

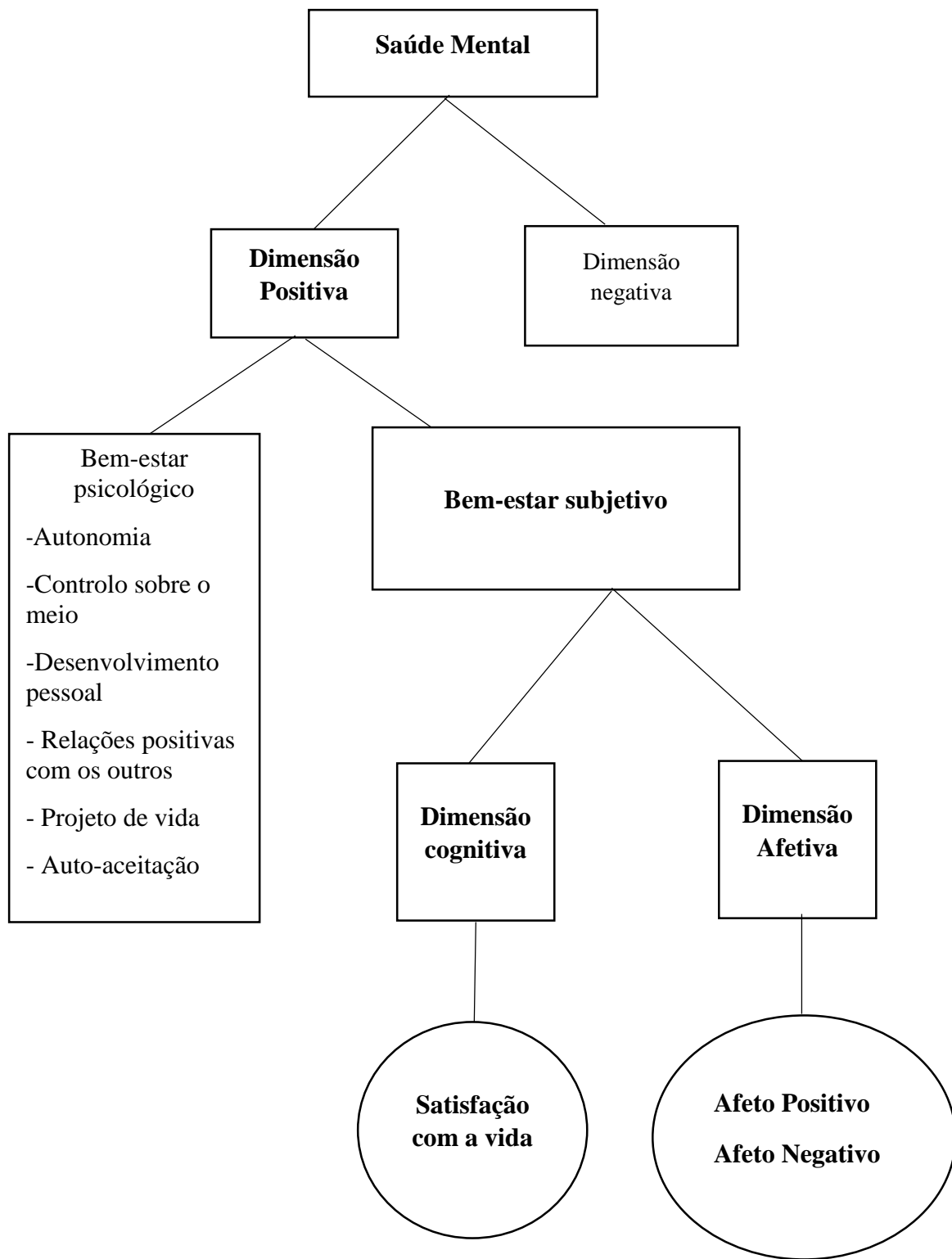


Figura 1- Representação e enquadramento do conceito de bem-estar subjetivo (adaptado de Galinha, 2006)

Ainda que se considere o conceito bem-estar subjetivo um termo recente, pode-se ponderar que as suas origens remontam ao *iluminismo* e ao *utilitarismo*, sendo que este último dá evidência ao prazer e à dor que os sujeitos vivenciam em termos emocionais, mentais e físicos (Faustino, 2014).

Por conseguinte, é importante destacar a distinção entre dois conceitos referentes ao bem-estar, com base em diferentes perspectivas filosóficas que pensam o bem-estar, surge a perspectiva hedónica, que considera o bem-estar como a felicidade subjetiva e o equilíbrio entre experiências positivas e negativas, e a perspectiva eudaimónica, que afirma a conceção de bem-estar psicológico assente na concretização ou desenvolvimento do potencial humano ou autorrealização (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Augusto-Landa, Pulido-Martos & Lopez-Zafra, 2011; Lench, 2011; Henderson & Knight, 2012).

Segundo a tradição hedónica é atribuída maior relevância ao estudo das emoções, de acordo com o modelo do bem-estar subjetivo (cf. quadro 1).

Quadro 1- *Caraterísticas Distintivas do Bem-Estar (adaptado de Bertoquini, 2013).*

Perspetiva filosófica	Componentes principais	Tipos de Bem-Estar e dimensões	Autores Principais
Hedónica	Satisfação com a vida	Bem-Estar Subjetivo	
	Afeto positivo	Satisfação com a vida	
	Afeto negativo	Afeto Positivo	Diener (1984)
	(ausência)	Afeto Negativo	
Eudemónica	Aceitação de si	Bem-Estar Psicológico	
	Significado	Aceitação de si	
	Crescimento	Domínio do Meio	
	Autorrealização	Relações Positivas com os Outros	Ryff (1989)
		Sentido de vida	
		Crescimento pessoal	
		Autonomia	

O estudo do bem-estar subjetivo é uma área importante da psicologia positiva, que tem crescido reconhecidamente nas últimas décadas (Diener, Emmons, Larson, & Griffin, 1985; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Lyubomirsky & Lepper, 1999; Oishi, Diener, Suh, & Lucas, 1999; Hayes & Joseph, 2003; Kashdan, 2004; Eid & Larsen, 2007; Davern, Cummins, & Stokes, 2007).

A conceptualização do bem-estar subjetivo tem sofrido alterações ao longo das últimas décadas, nomeadamente porque inicialmente o seu estudo assentava nos conceitos de felicidade e de satisfação com a vida, no entanto, nos dias de hoje, estes conceitos são integrados num conceito mais amplo, o de Bem-estar subjetivo (Bertoquini, 2013).

Assim sendo, o bem-estar subjetivo é um construto multifacetado, tendo uma componente cognitiva e uma componente afetiva. A componente cognitiva, geralmente, consiste na satisfação com a vida, uma avaliação global da qualidade de vida como um todo (Pavot & Diener, 1993). A componente afetiva consiste de uma combinação do afeto positivo e do afeto negativo (Diener et al., 1999).

Para Diener (1984), o bem-estar subjetivo resulta numa combinação da satisfação com a vida (um julgamento cognitivo) e o balanço entre a frequência de afeto positivo e de afeto negativo. A satisfação geral com a vida foi considerada prover importante poder preditivo adicional, para além do contributo do afeto, e é um juízo sobre o bem-estar na vida como um todo (Pavot & Diener, 2008). Por conseguinte, e embora a satisfação com a vida seja considerada uma medida mais estável do que o afeto positivo e afeto negativo, é um construto dinâmico, pois, naturalmente o humor das pessoas, as suas emoções e julgamentos auto-avaliativos mudam com a passagem do tempo.

Flutuações momentâneas não obscurecem um julgamento mais abrangente do que pode ser considerado como o nível mais estável que a pessoa julga caracterizar a sua satisfação com a vida (Cachioni, 2012).

Segundo Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), estes construtos são independentes, mas significativamente relacionados. O bem-estar subjetivo é um termo abrangente de factos, que reúne as respostas emocionais dos sujeitos, os domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação com a vida. Cada um destes conceitos deve ser estudado e percebido separadamente, ainda que se relacionem fortemente.

Assim, é considerado por vários autores não um construto específico, mas uma área de estudo, uma vez que, como supracitado, as suas dimensões são abrangentes, tratando-se, deste modo, de uma variável ampla que exige cuidado na comparação com outras variáveis (Galinha, 2008).

O Bem-estar subjetivo é, portanto, uma dimensão positiva da saúde e representa uma área de investigação que procura compreender as avaliações que os indivíduos fazem das suas vidas (Siqueira & Padovam, 2008). Diener, Sapyta e Eunkook (2009) referem que, neste campo de conhecimento, não é preocupação o estudo dos estados psicológicos negativos ou patológicos (ansiedade e depressão), mas a clara diferenciação dos níveis de bem-estar que os indivíduos conseguem alcançar nas suas vidas.

Em seguida, apresenta-se, de forma mais detalhada, as componentes que integram o construto do Bem-estar subjetivo.

3.2. Componentes do Bem-estar subjetivo

A organização e clarificação da estrutura do Bem-estar subjetivo tem representado uma tarefa complexa para os diversos autores que estudam os componentes determinantes deste construto, devido à multiplicidade de concepções e modelos de investigação existentes (Giacomoni, 2004).

Os modelos de tradição hedonista e eudomonista, com as teorias de *bottom-up* e *top-down*, destacam-se de entre os principais modelos para a compreensão dos fatores que influenciam o Bem-estar subjetivo (Diener et al., 2009).

As teorias *bottom-up* assumem que o Bem-estar subjetivo é decorrente de fatores externos (i.e., fatores contextuais), tais como situações de vida e variáveis sociodemográficas que predizem e influenciam a felicidade (Giacomoni, 2004), pelo que se investiga a influência das experiências como eventos prazerosos ou desprazerosos nos afetos positivos e negativos (Luhmann, Hofmann, Eid, & Lucas, 2011). O bem-estar subjetivo, ancorado nesta perspetiva, resulta de um efeito cumulativo de experiências (Diener & Ryan, 2009), assentando esta teoria na filosofia de Locke, a qual concebe a mente como uma tábua rasa, onde tudo será moldado a partir da experiência com o exterior (Simões et al., 2000). Tendo como pano de fundo estas teorias, o bem-estar subjetivo seria resultante de acontecimentos positivos, pelo que quanto mais momentos positivos forem experienciados pelo indivíduo, maior será o seu nível de bem-estar (Diener et al., 2009). O indivíduo possui, nesta linha de pensamento, um papel passivo na obtenção do seu bem-estar e as variáveis sociodemográficas assumem particular relevância neste âmbito (Diener & Ryan, 2009).

Por outro lado, as teorias *top-down* assumem que o bem-estar decorre de processos internos ao indivíduo (e.g., valores pessoais) e, por isso, de fatores intrínsecos (Diener & Ryan, 2009) ou intrapessoais (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

Estas teorias partem do pressuposto que os indivíduos interpretam as situações e experiências de vida de forma positiva e negativa, sendo que a sua interpretação influencia a avaliação que fazem da sua própria vida (Giacomoni, 2004). Estas teorias encontram-se ancoradas na filosofia de Kant, que encara o indivíduo como um sujeito ativo e organizador da sua própria experiência (Simões et al., 2000). Assim, nestas teorias, o indivíduo assume um papel ativo na sua experiência e o Bem-estar subjetivo passa a ser encarado como uma causa de acontecimentos positivos e não apenas o efeito de experiências de vida acumuladas (Diener et al., 2009), pelo que o indivíduo gozará dos prazeres porque é feliz e não o contrário, sendo que a interpretação subjetiva dos eventos é a principal causa de influência do Bem-estar subjetivo (Diener & Ryan, 2009).

Neste contexto, as variáveis sociodemográficas podem assumir particular relevância, muito embora a personalidade se assuma, mais frequentemente, como variável preditora do Bem-estar subjetivo (Diener & Ryan, 2009).

3.2.1. Componente cognitiva do BES

Esta dimensão é representada pelo conceito de Satisfação com a Vida sendo esta uma das partes integrantes do vasto conceito Qualidade de Vida (QDV), representando a sua dimensão psicológica subjetiva, como podemos verificar na figura 2.

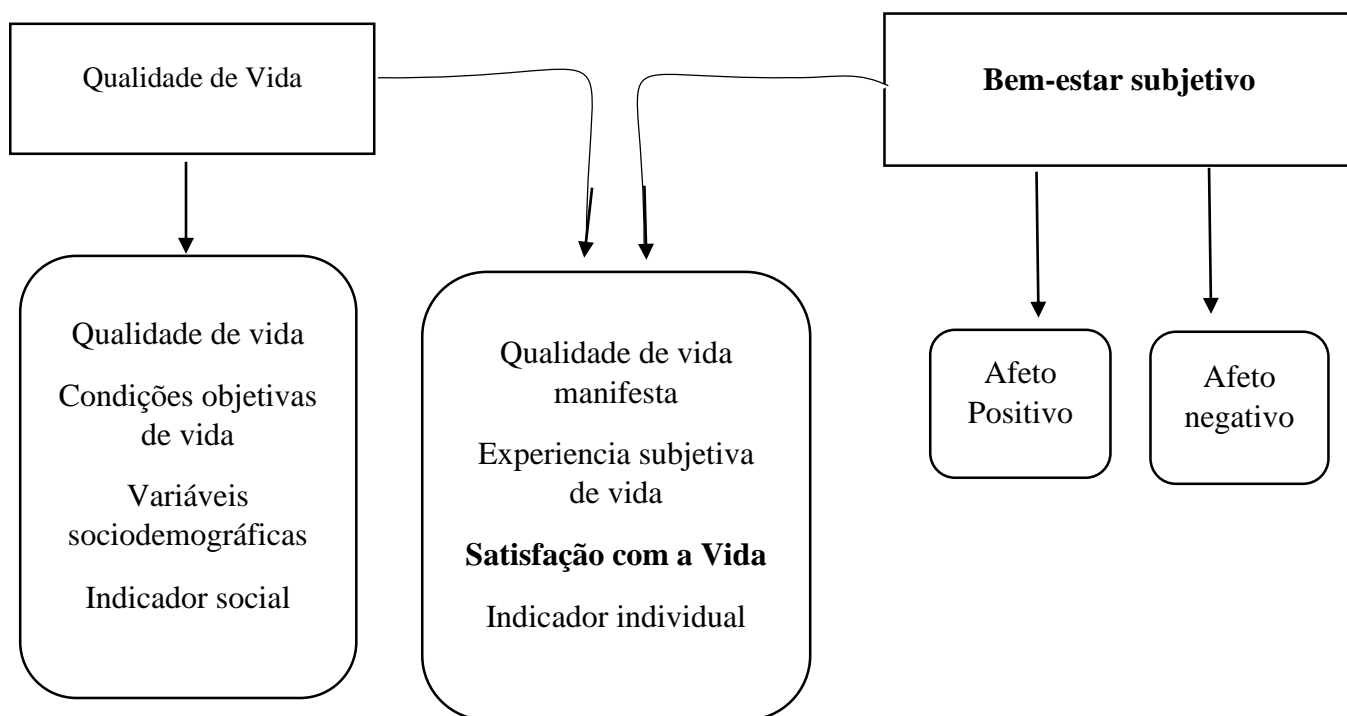


Figura 2. Dimensão partilhada pela Qualidade de Vida pelo Bem-estar Subjetivo- Satisfação com Vida. (adaptado de Galinha, 2006)

Segundo DeNeve e Cooper (1998), a satisfação com a vida baseia-se na avaliação da qualidade das experiências de vida global de cada indivíduo. Para além da satisfação com a vida em geral, o conceito de satisfação com a vida pode ser alvo de outra delimitação: o conceito Satisfação com a Vida Global e a Satisfação com a Vida em Domínios Específicos (Schimmack, Diener, & Oishi, 2002).

A Satisfação com a vida global é o grau com a pessoa avalia positivamente a qualidade geral da sua vida como um todo, em que medida a pessoa gosta da vida que conduz (Galinha, 2008). A satisfação com a vida em domínios específicos é avaliada em domínios específicos da vida das pessoas, a nível familiar, profissional, conjugal, etc.

As avaliações de satisfação com a vida global e referenciada a domínios são modalidades cognitivas, ao passo que as avaliações de afetos positivos e negativos são processos predominantemente afetivos, sendo que a satisfação com a vida é relativamente mais estável ao longo da vida e as avaliações afetivas são menos estáveis, mudando rapidamente e frequentemente em respostas aos estímulos do ambiente (Neri & George, 2010). Assim, mesmo que a pessoa esteja satisfeita com a sua vida, pode não estar satisfeita com certos aspetos particulares da sua vida.

3.2.2. Componente Afetiva do BES

Galinha e Ribeiro (2005a), na análise prévia ao estudo de adaptação da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), referem as diferentes interpretações de afeto, definindo-o como um constructo multifacetado. Galinha (2008) refere que nesta dimensão emocional, o afeto traduz-se pelo que o indivíduo manifesta tendo em conta a preponderância em duração e intensidade das emoções positivas sobre as negativas.

Nesta linha de pensamento, a conceptualização mais comum na literatura é divulgada a partir do modelo circular do afeto, onde as duas dimensões se cruzam, resultando em diâmetros perpendiculares de um círculo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a).

Assim, os estados afetivos específicos encontram-se algures no círculo, no cruzamento das duas dimensões (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a).

O modelo de afeto que mais consenso reuniu foi o proposto por Watson e Tellegen (1985), um modelo circular, bidimensional e que apresenta duas dimensões vastas de emoções básicas, que emergem nos estudos realizados - afeto positivo e afeto negativo (cf. Figura 3): o afeto positivo, enquanto medida que representa a manifestação de entusiasmo com a vida e o afeto negativo, enquanto medida que representa a manifestação de indisposição ou perturbação face à vida.

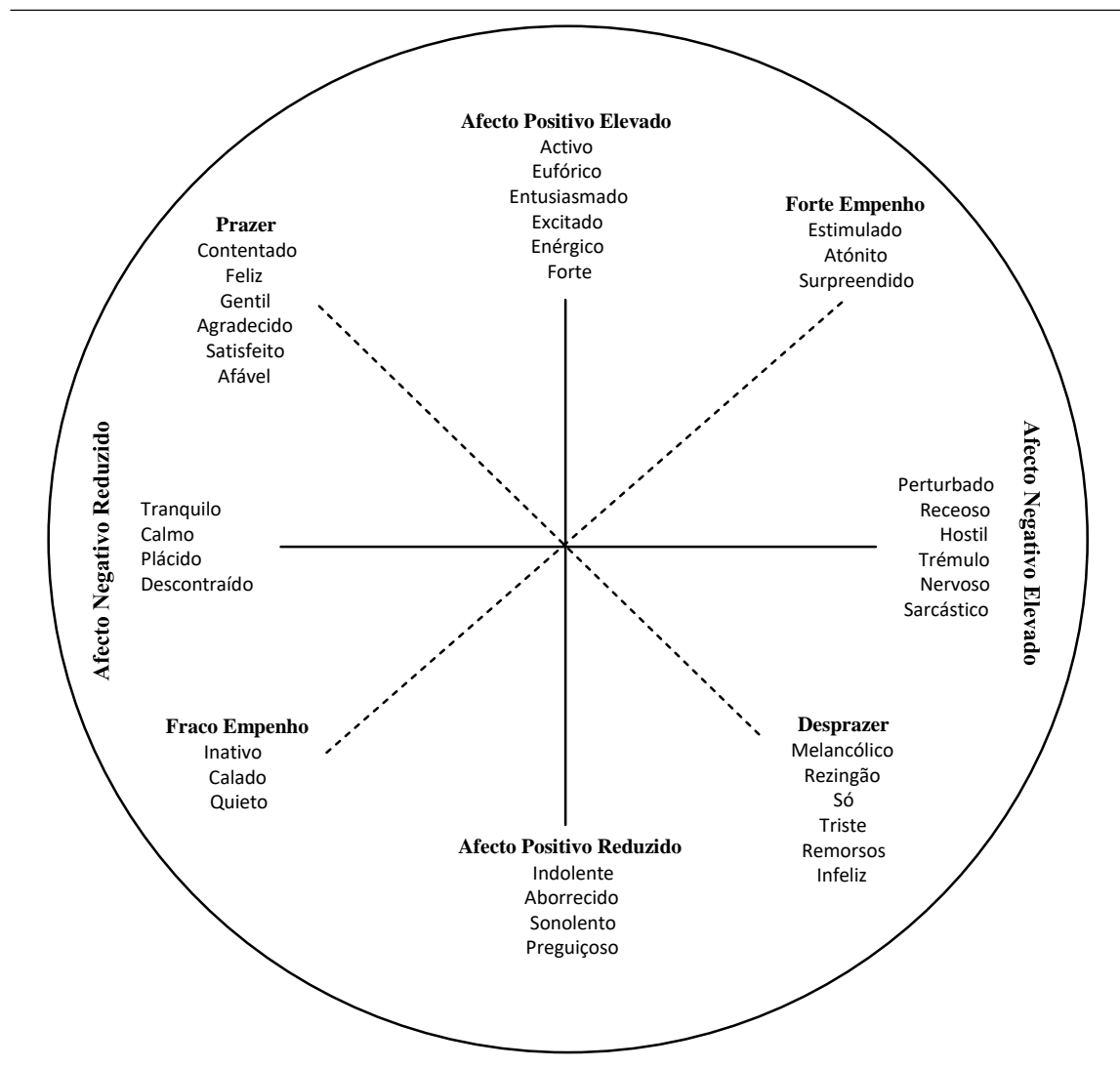


Figura 3- Modelo circumplexo do afeto (adaptado de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

3.3. Determinantes do Bem-Estar Subjetivo

As definições de bem-estar subjetivo remetem para a ideia de que a felicidade implica uma satisfação global com a vida no seu todo (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Neste sentido, as variáveis sociodemográficas, como a idade, sexo, etnia, religião, rendimentos e estado civil, podem contribuir para que se verifiquem diferenças entre sujeitos, embora sejam fatores que pesam pouco na explicação do bem-estar subjetivo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). No entanto, se, por exemplo, a variável rendimentos compreende um recurso para alcançar determinado objetivo relevante para uma pessoa, a mesma irá contribuir para que se verifique maior bem-estar subjetivo.

O bem-estar subjetivo caracteriza-se por ser, essencialmente, determinado por aspetos internos ao sujeito, como é exemplo a sua personalidade e humor (Diener, et al, 1999), e que garantem que o mesmo se mantenha ao longo do tempo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Dyrddal, Roysamb, Nes & Vitterso, 2011). Do mesmo modo, as pessoas adaptam-se aos eventos, positivos e negativos, que ocorrem na sua vida retornando ao seu nível ou estado de felicidade anterior (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003).

Mais do que a ocorrência de determinadas situações, importa determinar a forma como as mesmas são percebidas pelas pessoas (Diener, et al, 1999). Consideram-se determinantes do bem-estar subjetivo, a personalidade do sujeito, a sua herança genética e cultural, as relações interpessoais positivas que cria e outros fatores situacionais (Larsen & Eid, 2008), como a desejabilidade social. A este respeito, Diener (2000) afirma que as pessoas podem responder de forma a apresentar índices mais elevados de felicidade.

Neste sentido, o recurso a um leque mais alargado de instrumentos de avaliação, com validade e fidelidade para o que se pretende medir, pode apresentar-se como uma mais-valia (Diener, 2000).

Assim, os diversos fatores que influenciam o bem-estar podem ser categorizados em dimensões relativas às próprias características e traços de personalidade, às circunstâncias de vida, às relações interpessoais, e ainda às atividades empreendidas, podendo estas ser de natureza comportamental, cognitiva ou relacionadas com a vontade de cada pessoa (Caunt, Franklin, Brodaty & Brodaty, 2013).

Em relação à personalidade, o facto de se ser otimista ou pessimista influencia as emoções, sendo que os otimistas têm maior probabilidade de experienciarem emoções positivas, o que não se verifica com o pessimismo que se correlaciona com emoções negativas (Rasmussen, Wrosch, Scheier & Carver, 2006). O otimismo é considerado uma característica individual baseada, numa orientação prolongada de vida, em expectativas positivas em relação ao futuro, portanto associada a benefícios para a saúde e para o bem-estar subjetivo (Augusto-Landa, Pulido-Martos & Lopez-Zafra, 2011; Forgeard & Seligman, 2012; Lench, 2011). Por sua vez, a paz de espírito também pode exercer influência como determinante do bem-estar subjetivo, na medida em que se traduz num estado interno de harmonia (Lee, Lin, Huang & Fredrickson, 2013), logo associado a uma emoção positiva.

Por outro lado, maior satisfação com a vida contribui para benefícios na saúde mental e saúde física e menos comportamentos de risco. Não obstante os referidos determinantes, importa ainda considerar os elementos do bem-estar como a emoção positiva, o envolvimento, o significado, as relações positivas e a realização pessoal (Seligman, 2011), sendo que o que caracteriza cada elemento é o facto do mesmo contribuir para o bem-estar, ser desejado pelo seu valor intrínseco e ser medido de forma independente.

Fredrickson (2001, 2004) elaborou The Broaden and Build Theory ou a Teoria Ampliação-Construção das Emoções Positivas, segundo a qual a vivência de experiências positivas favorece o pensamento e o comportamento emocional positivo (Baptista, 2013).

É a partir das experiências positivas que se potencia o bem-estar e a saúde, através do desenvolvimento de recursos que mobilizam o pensamento para a ação (Fredrickson, 2000), sendo que as emoções positivas têm ainda um efeito reparador das emoções negativas, contribuindo por isso para os processos de auto-regulação (Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000; Tugade & Fredrickson, 2004).

Em seguida, apresenta-se um corpo de investigações que tem sido realizado relativamente ao Bem-estar subjetivo e os cuidadores formais de idosos.

4. Bem- estar subjetivo e cuidadores formais

A literatura psicológica sobre bem-estar subjetivo estabelece que níveis mais elevados de satisfação com a vida favorecem boas condições de saúde física e mental e boas relações sociais são um importante indicador de bem-estar e qualidade de vida em adultos e idosos (Diener & Ryan, 2009).

De acordo com Lawton, Moss, Kleban, Glicksman e Rovine (1991), a avaliação do cuidador é um mediador central entre o stresse e o bem-estar, propondo um modelo denominado como “dois fatores de avaliação do cuidador” (*a two factor model of caregiving appraisal*).

A característica central desse modelo é que dois processos paralelos ocorrem, de forma que dois tipos de avaliação do cuidador afetam diferentemente dois fatores do bem-estar subjetivo: a satisfação do cuidador leva ao afeto positivo e o desgaste do cuidado leva ao afeto negativo. Estados emocionais positivos e negativos não são, somente, parcialmente independentes, mas têm antecedentes diferentes.

O afeto positivo tem sido consistentemente associado com a qualidade dos eventos externos, tais como as atividades ou o comportamento social, enquanto que os afetos negativos são mais fortemente associados a atributos internos e à saúde (Lawton, et al ,1991).

Diversos estudos têm mostrado o declínio do bem-estar dos cuidadores ao longo do tempo, confirmando os pressupostos do modelo de desgaste (Garrido & Menezes, 2004; Strawbridge, Walhagem, & Shema, Kaplan,1997). Por conseguinte, e segundo a literatura, dois modelos enfatizam o impacto no bem-estar dos cuidadores: o modelo de desgaste (*wear-and-tear model*) e o modelo de adaptação (Lawton, Moss, Hoffman, & Perkinson, 2000). O primeiro propõe que as demandas do cuidado se acumulam e desgastam os recursos dos cuidadores, afetando o bem-estar. Assim, considera-se que o impacto negativo do cuidado se acumula ao longo do tempo (Townsend, Noelker, Beimling, & Bass, 1989).

Em contrapartida, o modelo de adaptação sugere que o impacto negativo das demandas é mais intenso no início da trajetória do cuidado, mas o stresse subjetivo pode estabilizar ou diminuir ao longo do tempo, devido à possibilidade de o cuidador aprender a executar as tarefas de cuidado e à adaptação aos próprios comportamentos e aos estados psicológicos (Lawton, et al, 2000).

Dados do National Longitudinal Caregiver Survey (NLCS), entre os 1.269 cuidadores de idosos com demência analisados, 17% consideravam a vida muito satisfatória, 68% eram razoavelmente satisfeitos e 15% não estavam satisfeitos com a vida. Dentre esses últimos, os autores observaram que os idosos que eram cuidados por esses cuidadores, tinham menor acesso aos serviços de saúde primária e aos cuidados especializados de saúde mental.

De acordo com um estudo realizado por Azevedo, Loureiro, Pereira e Cunha (2010), os resultados demonstraram que cuidadores formais de idosos avaliam a sua qualidade de vida, de uma forma geral, como boa (76,3%), sendo o domínio físico aquele que é avaliado de forma mais negativa (58,2%) e o que é considerado como melhor é o domínio das relações sociais (78,9%). De salientar ainda que, os valores mínimos de avaliação dos diferentes domínios de QV evidenciam a existência de participantes com níveis baixos de percepção de QV.

Além disso, o mesmo estudo demonstrou que cuidadores com maiores índices de desordens emocionais e indivíduos mais vulneráveis ao stress revelam uma apreciação da sua qualidade de vida mais negativa. O stress é um problema frequentemente relatado por estes trabalhadores pela natureza da sua profissão (cuidar de idosos) e das condições de trabalho oferecidas. Neste sentido, alguns estudos referem ainda que o stress ocupacional é mais frequentemente relatado por prestadores de cuidados que iniciaram as suas funções há pouco tempo (1 ou 2 anos). (Zimmerman, Williams, Reed, Boustani, Preisser, Heck & Solane, 2005; Shapiro, Brown & Biegel, 2007).

Embora haja mais dados sobre o impacto negativo do cuidado, algumas pesquisas revelam que prestar cuidado também pode gerar benefício para o cuidador, pois essa tarefa pode representar um significado para aquilo que se faz, ou seja, o cuidador percebe que há benefícios como resultados dessa experiência (Noonan & Temstedt, 1997).

Relativamente à importância da avaliação e promoção do bem-estar subjetivo nos cuidadores formais de idosos, estudos mostram que cuidadores formais com um nível de bem-estar subjetivo mais elevado, relataram percepção de reconhecimento social, sentimento de retribuição, reciprocidade, crescimento pessoal, prazer em servir, maior aproximação ao familiar e senso de reciprocidade (Lopes & Cachioni, 2013).

A investigação sugere que cuidadores relataram percepção de reconhecimento social, sentimento de retribuição, reciprocidade, crescimento pessoal, prazer em servir e senso de reciprocidade (Kramer, 1997; Sommerhalder & Neri, 2006). De acordo com Poulin (2010), entre os adultos, prover ajuda ou cuidado a alguém promove o bem-estar, o afeto positivo e a satisfação com a vida. Schwartz & Sendor (1999), verificaram mesmo que oferecer cuidado traz maior bem-estar do que receber cuidado.

Segundo dados de Llobet, Canut, Mateu e Ávila (2010), 66,7% das cuidadores formais de instituições geriátricas afirmam estar bastante satisfeitos com a sua vida, 75,0% bastante felizes e 75,0% consideram a sua qualidade de vida como boa. Todos os entrevistados consideram importante e necessário ter formação para proporcionar um cuidado assistencial com qualidade. Em relação à motivação laboral 75,0% mostram-se motivados na realização do seu trabalho, no entanto todas os entrevistados consideram que este coletivo está pouco valorizado e mal remunerado profissionalmente.

Em suma, são vários os estudos que apontam para as consequências positivas de elevados níveis de bem-estar e satisfação com a vida, principalmente ao nível de grandes áreas, como a saúde física e psicológica, longevidade, emprego, relações sociais e recursos pessoais e sociais (Diener & Ryan, 2009; Diener & Biswas-Diener, 2008; Lyubomirsky, King, Diener, 2005) daí a pertinência de se estudar este constructo, relacionando-o com fatores que permitam a sua promoção.

Deste modo, apresenta-se, de seguida, um estudo empírico com a finalidade de analisar o bem-estar subjetivo em cuidadores formais de idosos que se encontram institucionalizados em lares de terceira idade e centros de dia, fundamentado no enquadramento teórico até aqui descrito.

PARTE II – Estudo Empírico

2.1. Pertinência do estudo

O presente estudo pretende avaliar o bem-estar subjetivo nos cuidadores formais de idosos que se encontram institucionalizados em lares de terceira idade e que frequentam centros de dia. Desta forma, a pertinência do tema em estudo é fundamentada por diversas razões. Em primeiro lugar, como já referido neste estudo, o crescente aumento da população idosa associada ao aumento da esperança média de vida, imergindo a importância do estudo de um novo grupo de profissionais, considerado crucial para a prestação de cuidados de forma digna e qualificada em instituições geriátricas: os cuidadores formais.

Em segundo lugar, e de forma a sustentar a importância dos cuidadores formais na nossa sociedade, associou-se a este estudo a análise do bem-estar subjetivo, nesta mesma população, lembrando essencialmente que a Psicologia não direciona a sua atenção somente para os problemas em si, mas também, e não menos importante, para o aumento das potencialidades dos indivíduos (Passareli & Silva, 2007). Como referia Keyes (2005), seria importante o estudo da saúde mental para além da ausência de doença mental, ou seja, impõe-se o estudo da saúde mental positiva, que, em conjunto, compõem a saúde mental completa (Westerhof & Keyes, 2010).

Em terceiro e último lugar, segundo a revisão da literatura realizada no capítulo anterior, podemos constatar por diversos estudos realizados relativamente a esta temática, a importância da avaliação e promoção do bem-estar subjetivo nos cuidadores formais de idosos. A evidência empírica indica-nos que cuidadores formais de idosos com um nível de bem-estar subjetivo mais elevado, relatam maior perceção de reconhecimento social, sentimento de retribuição, reciprocidade, crescimento pessoal, prazer em servir, maior aproximação ao familiar e senso de reciprocidade (Lopes & Cachioni, 2013).

Este estudo, de natureza transversal e exploratória, tem como objetivo geral avaliar o bem-estar subjetivo em cuidadores formais de idosos institucionalizados em lares de terceira idade e/ou que frequentam centros de dia. Quanto aos objetivos específicos, estes englobam:

a) Caraterizar o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida dos cuidadores formais de idosos;

b) Caraterizar os cuidadores formais de idosos e analisar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida de acordo com as variáveis sociodemográficas; (sexo; estado civil; habilitações literárias; categorias profissionais; funções desempenhadas; experiência anterior de trabalho neste tipo de instituições; perceção de saúde).

c) Analisar a relação entre a idade dos cuidadores formais de idosos e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.

d) Analisar a relação entre a duração da experiência anterior de trabalho e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida

e) Analisar a relação entre o afeto positivo, afeto negativo e a satisfação com a vida;

f) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre idade, tempo das funções desempenhadas, perceção de saúde e afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.

As variáveis principais do presente estudo são o bem-estar subjetivo (nas suas componentes de afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida) e as variáveis secundárias estudadas são o sexo, a idade, habilitações literárias, categoria profissional, desempenho de funções, tempo de desempenho de funções, experiência de trabalho e percepção de saúde.

2.2. Método

2.2.1. Participantes

Nesta investigação participaram 52 cuidadores formais, na sua maioria do sexo feminino (88,5%), com idades compreendidas entre os 19 e os 56 anos ($M= 30,94$; $DP=8,44$), a maior parte dos participantes encontra-se casada (46,7%), e, em termos de habilitações literárias, predominam os participantes que apresentam habilitações ao nível da Licenciatura (36,5%) e Ensino Secundário (38,5%) (cf. quadro 2). No que respeita à categoria profissional, a maior parte dos cuidadores é ajudante de lar (67,3%) desempenha funções em lares de terceira idade e centros de dia simultaneamente. (40,4%). (cf. quadro 2)

Quadro 2- *Caracterização sociodemográfica dos participantes no que diz respeito ao género, idade, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, desempenho de funções, experiência anterior e perceção de saúde (N=52).*

	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	6	11,5
Feminino	46	88,5
Estado Civil		
Casado/Vive em união de facto	27	51,9
Solteiro	14	46,2
Divorciado/Separado	1	1,9
Habilitações Literárias		
Ensino Básico	7	13,5
Ensino Secundário	20	38,5
Licenciatura	19	36,5
Mestrado	5	9,6
Doutoramento	1	1,9
Categoria Profissional		
Ajudante de lar	35	67,3
Assistente Social	7	13,5
Psicóloga	4	7,7
Enfermeira	4	7,7
Professor	2	3,8
Atualmente desempenha funções em:		
Lar de terceira idade	20	38,5
Centro de dia	11	21,2
Lar e centro de dia	21	40,4
Experiência anterior		
Não	42	80,8
Sim	10	19,2
Perceção de saúde		
Boa	27	51,9
Razoável	18	34,6
Muito boa	6	11,5
Má	1	1,9

Quadro 3- Caraterização sociodemográfica dos participantes

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Idade	30,94	8,44	19	56
Há quanto tempo desempenha funções	58,6	59,21	2	216
Duração dessa experiência	7,85	23,15	0	120

2.2.2. Instrumentos

Tendo em conta os objetivos desta investigação, recorreu-se aos seguintes instrumentos como forma de recolha dos dados pretendidos: Questionário Sociodemográfico (criado para o efeito) (ver anexo V), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (ver anexo VI) e a Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) (ver anexo VII).

Questionário Sócio-Demográfico: Este questionário, construído especificamente para o presente estudo (ver anexo I) tem 10 questões, e tem como finalidade caracterizar os indivíduos no que respeita ao sexo, idade ; estado civil; habilitações académicas; tempo de trabalho na instituição; categoria profissional; experiência profissional anterior em lares de terceira idade/centros de dia ; perceção de saúde.

A Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS) foi elaborada e validada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), e pretende avaliar o bem-estar subjetivo, isto é, a maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a vida (Simões, 1992). O instrumento é composto por cinco itens com sete respostas possíveis (1 – totalmente em desacordo; 2 – em desacordo; 3- mais ou menos em desacordo; 4 – nem de acordo nem em desacordo; 5 – mais ou menos de acordo ; 6 – de acordo; 7 – totalmente de acordo), sendo que o valor mínimo que é possível alcançar é de 5 e o máximo de 35. O estudo de validação contou com 176 alunos da universidade de Illinois tendo obtido uma pontuação média de 23,0 valores e um desvio padrão de 6,43. Demonstrou uma boa consistência interna (Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87). O teste-reteste teve um intervalo de dois meses entre cada aplicação, demonstrando uma boa fidedignidade (0,82). Para comprovar a validade convergente foi comparado com diversos testes, demonstrando uma forte correlação com a maioria dos testes (entre 0,32 e 0,75), só não comprovou uma correlação significativa com o Affect Intensity Measure (0,09). Realizou-se um estudo, desta vez com a população geriátrica, contando com 53 pessoas, com uma média de idade de 75 anos. Este estudo demonstrou uma boa validade interna, com coeficiente alfa de 0,69 e uma boa validade convergente, correlacionando-se positivamente com Life Satisfaction Index (0,48) (Adams, 1969) e com a entrevista de dois entrevistadores treinados que avaliaram a satisfação de vida desses indivíduos (0,73) (Diener et al., 1985).

A primeira validação feita para a população portuguesa foi realizada por Neto, Barros e Barros (1990), contou com uma amostra de 308 professores do ensino básico e secundário. Obteve um Coeficiente alfa de Cronbach de 0,78 e apresentou vários índices de validade, nomeadamente correlações significativas com a eficácia pessoal do ensino, aceitação/rejeição pessoal, auto-eficácia, auto-conceito total, maturidade psicológica e ansiedade social (Neto, Barros e Barros, 1990). Em 1992, Simões, realizou uma ulterior validação do instrumento, pretendendo alargá-lo ao resto da população. O autor reformulou o instrumento, reduzindo o número de respostas dos sete itens para cinco itens (1- discordo muito; 2- discordo um pouco; 3- não concordo nem discordo; 4- concordo um pouco; 5 – concordo muito), tendo obtido uma boa consistência interna (coeficiente α de Cronbach de 0,77) e uma boa validade convergente, demonstrando correlação positiva com uma medida diária da satisfação com a vida, uma versão do teste da escada de Cantril (1965) e um teste de felicidade e com a vertente afetiva do bem-estar subjetivo. Também demonstrou uma boa validade preditiva, correlacionando-se positivamente com tarefa de recordação diferencial, baseando-se no pressuposto de que os indivíduos com maior satisfação com a vida tenderão a recordar mais eventos positivos que negativos (Simões, 1992).

No presente estudo, realizamos uma análise de fidelidade destas escalas, através do método de consistência interna, tendo-se encontrado um valor de alfa de Cronbach de 0,88 para a escala de satisfação com a vida.

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) - este instrumento foi desenvolvido em 1988, por Watson, Clark e Tellegen, e adaptado para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005b). Esta escala avalia o bem-estar subjetivo na sua dimensão afetiva. A versão utilizada no presente estudo é constituída por 20 itens, sendo que 10 avaliam o afeto negativo (itens 2, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18 e 20) e os outros 10, o afeto positivo (itens 1, 3, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 17 e 19). Os itens são respondidos numa escala do tipo Likert de cinco posições, desde o "nada ou muito ligeiramente" a "extremamente". Ao respondente é solicitado que assinale em que medida sentiu cada uma das emoções apresentadas na lista, nas últimas semanas, sendo que as pontuações mais elevadas sugerem a presença de afeto negativo e/ou positivo. A pontuação mínima que é possível alcançar na escala é de 10 e a máxima é de 50.

Galinha e Pais-Ribeiro (2005b) realizaram estudos de consistência interna dos itens, através do alfa de Cronbach, tendo encontrado um valor de $\alpha = 0,86$ para a escala de afeto positivo, por comparação a um valor de 0,88 da versão original da escala e um valor de 0,89 para a escala de afeto negativo, por comparação ao valor de 0,87 da versão original.

No presente estudo, realizaram-se as análises de fidelidade desta escala, através do método de consistência interna, tendo-se encontrado um valor de alfa de Cronbach de 0,90 para a escala do afeto positivo e 0,87 para a escala do afeto negativo, valores próximos aos encontrados por Galinha e Pais-Ribeiro (2005b), e que suportam a boa fidelidade do instrumento.

2.2.3. Procedimento

Para a realização deste estudo, inicialmente foi solicitada a autorização de utilização dos seguintes instrumentos aos respetivos autores: Escala de Satisfação com a Vida ao Professor Doutor Félix Neto (cf. anexo 3) e a versão portuguesa da PANAS, à Professora Doutora Iolanda Galinha (cf. anexo 3) (Positive and Negative Affect Schedule.)

Seguidamente, procedeu-se à construção do questionário sociodemográfico, para recolha de informações que permitissem caraterizar os participantes.

Concluídos os passos anteriores, solicitou-se autorização para realização do estudo à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, a qual deu parecer favorável (cf. anexo 1)

Após a autorização desta comissão, o estudo foi ainda apresentado ao Serviço de Psicologia do Lar de Terceira Idade da Santa Casa de Misericórdia de Vila do Conde, tendo sido concedido o parecer positivo para a realização do estudo na respetiva instituição (cf. anexo 2).

Posteriormente, procedeu-se à distribuição dos questionários, após solicitação do consentimento informado aos participantes (cf. anexo 4). Todos os participantes foram informados relativamente à natureza voluntária da sua participação, bem como a possibilidade de desistirem, se assim o desejassem, sem qualquer consequência para si mesmos, em qualquer momento do estudo. Não foram recolhidos dados pessoais dos participantes que permitissem a sua identificação, salvaguardando, desta forma, a confidencialidade e anonimato da sua participação. Por conseguinte, manteve-se em separado o consentimento informado assinado pelo participante e os questionários que este respondeu.

Os questionários foram administrados na presença do investigador ou fornecidos num envelope e posteriormente recolhidos dependendo da disponibilidade do participante, da sua autonomia para os preencher e da sua solicitação ou não de apoio para preenchimento assistido pelo investigador. Em ambos os casos, foi fornecida uma explicação detalhada ao participante acerca do preenchimento dos mesmos. Os questionários foram entregues e recolhidos entre Abril e Junho de 2016, sendo dado a ler ou lido o consentimento livre e informado. Juntamente com o consentimento informado, foi distribuído um questionário sociodemográfico e os respetivos instrumentos selecionados para o estudo. O tempo despendido para o preenchimento dos questionários foi de aproximadamente 10 minutos. De ressaltar que apenas o investigador teve acesso aos questionários, que foram informatizados numa base de dados eletrónica que assegurou o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

Em suma, a análise dos dados foi realizada com recurso ao programa ao programa *Statistical for the Social Sciences* (SPSS), versão 23 para Windows. Por conseguinte, e, tendo presente o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo, foram utilizadas inicialmente análises descritivas (médias, desvios padrão, mínimos e máximos) e posteriormente testes de associação – Coeficiente de correlação de Pearson (r), assim como testes de diferenças em contexto de design intersujeitos – *Teste de Man-Whitney* (U) e *teste ANOVA unifatorial* (F).

3. Resultados

Para uma melhor estruturação dos resultados encontrados, os mesmos serão apresentados em função dos objetivos inicialmente propostos.

a) Caracterização dos participantes relativamente ao afeto positivo, negativo e satisfação com a vida.

No quadro 4, podemos verificar a estatística descritiva relativa às diferentes escalas utilizadas no estudo para avaliar o bem-estar subjetivo (componente cognitiva do Bem-estar Subjectivo) (SWLS) e (componente afetiva do Bem-estar subjetivo) Afeto Positivo (AP) e Afeto Negativo (AN).

Globalmente, os participantes demonstram apresentar valores de satisfação com a vida e de afeto positivo acima do ponto médio da escala e de afeto negativo abaixo desse ponto médio (Quadro 4).

Quadro 4- *Caraterização do bem-estar subjetivo dos cuidadores formais de idosos.*

Mínimos, Máximos, Médias, Amplitude e Desvio-Padrão para o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida (n=52)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Amplitude</i>
Afeto	34,2	6,5	20	45	25
Positivo					
Afeto	14,8	5,4	10	39	29
Negativo					
Satisfação	24	4,8	13	34	21
com a vida					

Pretendeu-se caraterizar e analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, relativamente ao afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, tal como previsto no **segundo objetivo**. Os resultados encontram-se espelhados no Quadro 5.

Quadro 5- *Caraterização dos participantes relativamente à variável sexo, afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.*

Amostra (N=52)						
		<i>n</i>	Média	Desvio	μ	<i>p</i>
Sexo		Padrão				
Afeto positivo	Masculino	6	34	7,2	104,50	0,35
	Feminino	46	32	6,4		
Afeto negativo	Masculino	6	17,3	1,6	46,50	0,006
	Feminino	46	14,5	5,6		
Satisfação	Masculino	6	24,83	4,31	121,50	0,65
Total	Feminino	46	23,91	4,89		

Verifica-se que os cuidadores do sexo masculino apresentam valores mais elevados de afeto negativo do que os cuidadores do sexo feminino, não se distinguindo, no entanto no, no que respeita ao afeto positivo ($p < 0,05$), nem quanto à satisfação com a vida ($p > 0,05$). (cf. quadro 5)

Relativamente à variável estado civil, procurou-se analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes estados civis e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, como previsto no **segundo objetivo**. Os resultados encontram-se descritos no Quadro 6.

Quadro 6 – *Média e desvio padrão do afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida em função do estado civil*

		Solteiro (n=24)	Casado (n=27)	Divorciado (n=1)	F	p
Afeto positivo	M	31,92	32,44	30	0,10	0,91
	DP	6,7	6,4			
Afeto negativo	M	15,25	14,56	5	0,35	0,70
	DP	4,0	6,4			
Satisfação com a vida	M	22,9	24,9	26	1,12	0,34
	DP	4,5	5			

De igual forma, também não se verificam diferenças estatisticamente entre indivíduos com diferentes estados civis quanto ao afeto positivo ($F=0,10$; $p>0,05$), afeto negativo ($F=0,35$; $p>0,05$) e satisfação com a vida ($F=1,120$; $p>0,05$) (cf. quadro 6).

No que concerne à variável habilitações literárias, procurou-se analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes habilitações literárias e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, como previsto no **segundo objetivo**. Os resultados encontram-se no Quadro 7.

Quadro 7 – Média e desvio padrão do afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida em função das habilitações literárias

		Básico (n=7)	Secundário (n=20)	Licenciatura (n=19)	Mestrado (n=5)	Doutoramento (n=1)	<i>F</i>	<i>p</i>
Afeto positivo	<i>M</i>	32,1	30,7	33,8	31,6	32	0,57	0,69
	<i>DP</i>	8,6	6,3	5,7	7,5			
Afeto Negativo	<i>M</i>	16	14,5	14,7	16	10	0,35	0,84
	<i>DP</i>	10,3	4,1	4,9	2,9			
Satisfação com a vida	<i>M</i>	25,7	22	25	25	29	1,71	0,16
	<i>DP</i>	6,68	4,67	4,23	2,35			

A análise dos dados permite constatar que não existem diferenças significativas entre indivíduos com diferentes níveis de habilitações literárias quanto ao afeto positivo ($F=0,57$; $p=0,69$), afeto negativo ($F=0,35$; $p=0,84$) e satisfação com a vida ($F= 1,71$; $p=0,16$). (cf. Quadro 7).

No que diz respeito à categoria profissional, pretendeu-se analisar se existiam diferenças significativas entre as diferentes categorias profissionais e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida. Os resultados encontram-se espelhados no Quadro 8.

Quadro 8 – Média e desvio padrão do afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida em função da categoria profissional

		Enfermeira (n=4)	Psicóloga (n=4)	Ajudante de lar (n=35)	Professor (n=2)	Assistente social (n=7)	<i>F</i>	<i>p</i>
Afeto Positivo	<i>M</i>	31,8	28,5	31,9	39,5	33,3		
	<i>DP</i>	8,3	5,9	6,6	2,1	4,9	1,04	0,40
Afeto Negativo	<i>M</i>	18,5	13,5	14,5	13,5	15,1		
	<i>DP</i>	6,5	3,4	5,6	4,9	4,9	0,64	0,64
Satisfação com a vida	<i>M</i>	26	27,2	22,3	31	24,9		
	<i>DP</i>	2,2	1,3	4,8	1,4	5,1	2,51	0,05

Relativamente à categoria profissional, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre cuidadores formais com diferentes categorias profissionais quanto ao afeto positivo ($F=1,04$; $p=0,340$), afeto negativo ($F=0,64$; $p=0,635$) e satisfação com a vida ($F=2,51$; $p=0,05$).

No que diz respeito aos vários contextos profissionais, pretendeu-se analisar se existiam diferenças quanto ao afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, como previsto no **segundo objetivo**. Os resultados encontram-se espelhados no Quadro 9.

Quadro 9 – Média e desvio padrão do afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida em função do desempenho de funções

		Lar de terceira idade ($n=20$)	Centro de dia ($n=11$)	Lar e centro de dia ($n=21$)	F	p
Afeto positivo	M	32,7	30,3	32,6	0,53	0,59
	DP	7,3	5,4	6,2		
Afeto negativo	M	13,3	13	17,2	3,86	0,03
	DP	3,6	2,7	6,9		
Satisfação com a vida	M	24,20	20,36	25,76	5,38	0,01
	DP	4,07	3,70	4,80		

A análise dos resultados revela, ainda, que apesar de não existirem diferenças significativas no que respeita ao afeto positivo, existem diferenças quanto ao afeto negativo e satisfação com a vida, quando considerados os contextos profissionais com que estes cuidadores formais estão envolvidos. (cf. Quadro 9).

Os cuidadores formais que desempenham funções em lares e centros de dia simultaneamente apresentam maior afeto negativo e os que trabalham apenas em centros de dia apresentam menor satisfação com a vida.

Relativamente à experiência anterior de trabalho neste tipo de instituições, pretendeu-se analisar se existiam diferenças quanto ao afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, como previsto no **segundo objetivo**. Os resultados encontram-se descritos no Quadro 10.

Quadro 10- *Análise das diferenças entre cuidadores com experiência anterior de trabalho quanto ao afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.*

Experiência de trabalho neste tipo de instituições						
	<i>Sim (n=10)</i>		<i>Não (n=42)</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Afeto Positivo	32,8	6,44	32	6,51	225,5	0,73
Afeto Negativo	17,30	9,78	14,21	3,61	209,5	0,10
Satisfação com a vida	23,50	4,97	24,14	4,81	202,00	1

A análise dos dados revela que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os cuidadores com experiência anterior neste tipo de instituições e os cuidadores sem qualquer tipo de experiência de trabalho neste tipo de instituições. (cf. Quadro 10).

No que concerne à percepção de saúde, pretendeu-se analisar se existiam diferenças quanto ao afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, como previsto no **segundo objetivo**. Os resultados encontram-se descritos no Quadro 11.

Quadro 11- *Análise da relação entre a percepção de saúde, afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida*

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Afeto positivo</i>	Muito boa	6	35,17	1,72	0,72	0,55
	Boa	27	31,56	6,19		
	Razoável	18	32,33	7,44		
	Má	1				
	Muito má	0				
<i>Afeto negativo</i>	Muito boa	6	14,17	3,87	0,17	0,08
	Boa	27	14,70	3,83		
	Razoável	18	15,33	7,67		
	Má	1	12			
	Muito má	0				
<i>Satisfação com a vida</i>	Muito boa	6	28	2,0	2,42	0,008
	Boa	27	24	4,77		
	Razoável	18	22,89	4,89		
	Má	1	18			
	Muito má	0				

Não se verificam diferenças significativas entre indivíduos com diferentes percepções do seu estado de saúde quanto ao afeto positivo e afeto negativo, mas verificam-se quanto à satisfação com a vida, sendo que esta é maior nos profissionais que percebem a sua saúde como sendo muito boa (cf. quadro 11).

c) Analisar a relação entre a idade dos cuidadores formais de idosos e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.

Através das estatísticas correlacionais, procurou-se analisar a relação entre a idade e o afeto positivo, afeto negativo e a satisfação com a vida, tal como anunciado no **terceiro objetivo**. Os principais resultados encontram-se espelhados no Quadro 12.

Quadro 12– *Análise da relação entre a idade, afeto positivo, afeto negativo e a satisfação com a vida (N=52)*

		Afeto positivo	Afeto negativo	Satisfação com a vida
Idade	<i>r</i>	0,049	-0,098	0,27
	<i>p</i>	0,73	0,49	0,06

Constata-se que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade dos cuidadores formais e o afeto positivo ($p > 0,05$), afeto negativo ($p > 0,05$) e satisfação com a vida ($r=0,27$; $p > 0,05$). (cf. Quadro 12)

d) Analisar a relação entre a duração da experiência anterior de trabalho e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida

No que concerne à duração dessa experiência, pretendeu-se analisar a relação entre a duração dessa experiência e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação, tal como previsto no **quarto objetivo**. Os resultados encontram-se descritos no Quadro 13.

Quadro 13- *Análise da relação entre a duração dessa experiência e o afeto positivo, afeto negativo e a satisfação com a vida*

	Duração dessa experiência
Afeto Positivo	$r = -0,73$ $p = 0,607$
Afeto Negativo	$r = -0,020$ $p = 0,890$
Satisfação com a vida	$r = -0,13$ $p = 0,36$

A análise dos dados revela que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a duração da experiência de trabalho neste tipo de instituições entre o afeto positivo e a satisfação com a vida, no entanto, verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa, ainda que fraca, entre a duração dessa experiência e o afeto negativo, o que significa que quanto maior é a duração dessa experiência maior é o afeto negativo. (cf. quadro 13).

e) Analisar a relação entre o afeto positivo/negativo e a satisfação com a vida (Correlação de Pearson)

Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o afeto positivo e satisfação com a vida, correlação essa classificada como moderada e positiva, no entanto, não se verifica qualquer relação estatisticamente significativa entre o afeto negativo. Isto significa que quanto maior é o afeto positivo maior é a satisfação com a vida. (cf. quadro 14).

Quadro 14- *Análise da relação entre o afeto positivo, afeto negativo e a satisfação com a vida*

	Satisfação com a vida
Afeto positivo	$r = 0,45$ $p = 0,001$
Afeto negativo	$r = -0,02$ $p = 0,89$

f) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre idade, tempo das funções desempenhadas, percepção de saúde e afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida

Relativamente à existência de uma relação estatisticamente significativa entre idade, tempo das funções desempenhadas, percepção de saúde e afetos positivo e negativo, constata-se através da análise inferencial a inexistência de correlações estatisticamente significativas entre a idade e o afeto positivo ($r=0,045$, $p=0,73$) e entre este e a duração das funções desempenhadas ($r=0,14$, $p=0,33$), também se verificou não existir uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o afeto negativo ($r=-0,10$, $p=0,49$) e tempo das funções desempenhadas e afeto negativo ($r=-0,02$; $p=0,89$), como se pode verificar no Quadro 18.

Quadro 15– *Análise da relação entre a idade, tempo das funções desempenhadas e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida*

	Afeto Positivo		Afeto Negativo		Satisfação	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	0,05	0,73	-0,10	0,49	0,27	0,06
Tempo das funções desempenhadas	0,14	0,33	-0,02	0,89	0,27	0,01

Discussão

4. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo caracterizar e analisar o bem-estar subjetivo em cuidadores formais de idosos institucionalizados em lares de terceira idade e/ou que frequentam centros de dia. Desta forma, os principais resultados obtidos irão ser discutidos tendo em conta os objetivos propostos.

Nesta investigação foi possível verificar que no que respeita à caracterização sociodemográfica dos participantes, que os 52 cuidadores formais de idosos estudados são maioritariamente mulheres, sendo que os resultados encontrados corroboram os da literatura quanto à maior frequência do sexo feminino, evidenciando que as mulheres exercem mais frequentemente a atividade de cuidar formalmente em função de raízes históricas, culturais, sociais e afetivas (Silveira, 2012).

No que concerne ao **primeiro objetivo**, em que se pretendeu descrever o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida dos cuidadores formais. Globalmente, os participantes demonstram apresentar valores de satisfação com a vida e de afeto positivo acima do ponto médio da escala e de afeto negativo abaixo desse ponto médio. Os resultados apontam para que os cuidadores formais de idosos se mostrem globalmente satisfeitos e com maior presença de afetos positivos do que afetos negativos.

Relativamente ao **segundo objetivo**, em que se pretendeu analisar as diferenças entre os participantes relativamente ao afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, relativamente à variável sexo, verifica-se que os cuidadores do sexo masculino apresentam valores mais elevados de afeto negativo do que os cuidadores do sexo feminino, não se distinguindo, no entanto, no que respeita ao afeto positivo, nem quanto à satisfação com a vida.

Desta forma, podemos afirmar que estes resultados não corroboram com os estudos realizados nesta área, relativamente aos valores mais elevados de afeto negativo que os cuidadores do sexo masculino evidenciam em comparação com os cuidadores do sexo feminino na presente amostra. De acordo com a literatura, as mulheres relatam sentir afeto positivo e negativo com maior frequência do que os homens, ou seja, as mulheres tendem a sentir maior alegria e mais profunda tristeza, sentindo estas emoções mais frequentemente do que os homens (Diener & Fujita, 1995).

No que diz respeito ao estado civil, os resultados do presente estudo evidenciam que o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida não são influenciados pelos diferentes estados civis. O estado civil pode influenciar os níveis de afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, na medida em que os estudos têm demonstrado que as pessoas casadas reportam maior felicidade e maior satisfação com as suas vidas do que as pessoas solteiras (Diener et al., 1999 ; Mastekaasa, 1994). Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira e Oliveira (2003), também afirmam que as pessoas casadas demonstram níveis elevados de felicidade, o que nesta amostra não se verifica, uma vez que nem o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida mostraram ser influenciados pela variável relativa ao estado civil.

Quanto às habilitações literárias, verificou-se a inexistência de qualquer relação entre o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida. Alguns autores (Dolan, Peasgood & White, 2008) defendem que a escolaridade tem um impacto na satisfação com a vida, uma vez que promove o acesso ao emprego, contribuindo para uma remuneração elevada, e potenciando a oportunidade de participação em atividades económicas e sociais.

Cheung & Chan (2009) realizaram um estudo que procurava compreender o papel da educação na satisfação com a vida em 35 países e os resultados mostraram que os níveis de satisfação com a vida eram superiores em países em que os seus habitantes apresentavam um maior número de anos de escolaridade.

Argyle (1999) verificou que o nível de educação correlaciona-se de forma ligeira e positiva com o Bem-estar subjetivo

A investigação realizada com cuidadores de idosos revelou que a sua escolaridade pode influenciar na realização de atividades como: auxílio na medicação, acompanhamento de consultas, capacidade de receber e transmitir orientações médicas (Almeida, Leite, & Hildebrandt, 2009). Assim, um maior nível de escolaridade pode ser um fator que contribui para a melhoria da qualidade do cuidado prestado, favorecendo o desenvolvimento dessas atividades.

Já no que concerne à análise de diferenças entre cuidadores com distintas categorias profissionais quanto ao afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, constata-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes cuidadores quanto às variáveis analisadas.

No que diz respeito à função exercida pelos cuidadores formais de idosos e à sua relação com o Bem-estar subjetivo, os resultados revelam que os cuidadores que desempenham funções em lares de terceira idade e centros de dia simultaneamente apresentam maior afeto negativo e os que trabalham apenas em centros de dia apresentam menor satisfação com a vida.

Em relação à existência de um maior afeto negativo em cuidadores que desempenham funções em lares de terceira idade e centros de dia simultaneamente, estes resultados enfatizam o fato do afeto negativo ser definido como um fator unipolar geral de stresse, podendo estar associado à elevada exigência com que este tipo de trabalho confronta o cuidador podendo conduzir a um processo de exaustão (Bertoquini, 2013). Este resultados podem estar associados à sobrecarga de trabalho, que é um dos fatores mais apontados pela literatura, como predisponentes à síndrome do *burnout* e que tal como o nome, indica refere-se à carga excessiva de trabalho, ou seja, quando o individuo tem “muito que fazer” e não consegue dar resposta a tudo deixando-o exausto (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2011; Francos, 2005; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Spooner-Lane, & Patton, 2007). Outras das possíveis causas é o trabalho por turnos, muito frequentes neste tipo de instituições, afetando muitos colaboradores acarretando muitas consequências, quer físicas, quer psicológicas, ou seja, os indivíduos mais propensos a sofrer da síndrome são geralmente os que são obrigados a efetuar mudanças de horários frequentemente e em períodos curtos de tempo (Benevides- Pereira, 2002; Patrick & Levery, 2007).

Trabalhar em duas valências diferentes (lar e centro de dia) pode confrontar o profissional com exigências e desafios distintos, fazer com que tenha necessidade de se integrar constantemente em equipas com funcionamentos distintos.

Em relação, aos cuidadores que trabalham apenas em centros de dia apresentarem menor satisfação com a vida, poderá ser justificada recorrendo à definição do próprio construto de satisfação com a vida, ou seja, pela representação de um julgamento cognitivo integrativo relativo à forma como a própria vida como um todo e em domínios específicos está a decorrer.

Assim sendo, os níveis mais baixos de satisfação com a vida podem estar relacionados com a importância dos domínios específicos de vida, neste caso específico o domínio do trabalho, como a investigação tem salientado (Schimmack, Diener & Oishi, 2002). É possível que estes cuidadores possam não estar satisfeitos com o trabalho que têm vindo a desenvolver nos centros de dia, podendo essa insatisfação ser justificada pelo desejo de subida na carreira, do desejo de realização de tarefas mais desafiantes e que suscitem maior realização profissional e satisfação no trabalho.

No que diz respeito à análise de diferenças entre os cuidadores que não tinham experiência de trabalho neste domínio, quanto ao afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os cuidadores.

Relativamente à análise da relação entre a idade e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida (**3º objetivo**), não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis consideradas, sendo que estes resultados são congruentes com os encontrados por Diener e Lucas (2000), muito embora outros estudos tenham observado um decréscimo do afeto negativo com a idade (Charles et al., 2001) e outros tenham defendido que este tende a diminuir até à idade adulta, aumentando a partir de uma idade mais avançada (Carstensen et al., 2000). No entanto, outros estudos recentes indicam que existe estabilidade e até um ligeiro aumento do bem-estar subjetivo com a idade (Hansen & Slagsvold, 2012).

Constata-se que as variáveis sociodemográficas relativas aos cuidadores formais que participaram neste estudo não se mostraram significativas, à exceção da variável sexo, relativamente ao bem-estar subjetivo, o que, por sua vez, vai ao encontro dos resultados da maioria dos estudos que têm vindo a demonstrar que estes fatores não explicam a variância do bem-estar subjetivo e que o seu impacto é relativamente baixo (Argyle, 1999; Inglehart & Klingemann, 2000).

Relativamente à análise da relação entre duração da experiência anterior e o afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida (**4º objetivo**), verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa, ainda que fraca, entre esta e o afeto negativo, o que significa que quanto maior é a duração dessa experiência maior é o afeto negativo.

A literatura refere que os indivíduos que prestam funções de ajuda e assistência estão mais suscetíveis à exaustão profissional, que muitas vezes conduz ao *burnout*, principalmente neste tipo de profissionais onde o contato interpessoal é diário (Demeneck & Kurowski, 2010; Spooner-Lane & Patton, 2007). Os resultados do presente estudo revelam que quanto maior é a duração dessa experiência maior é afeto negativo vivenciado pelos cuidadores, o que poderá estar associado ao *burnout*, pois, de acordo com a literatura, esta síndrome pode começar a manifestar-se a partir do primeiro ano passado na instituição (Freudenberger, 1974).

Relativamente à percepção de saúde, não se verificam diferenças significativas entre cuidadores com diferentes percepções do seu estado de saúde quanto ao afeto positivo e afeto negativo, mas verificam-se quanto à satisfação com a vida, sendo que esta é maior nos profissionais que percebem a sua saúde como sendo muito boa.

De acordo com a literatura, a saúde, percebida pelo indivíduo está fortemente relacionada com o bem-estar subjetivo. A saúde autorrelatada é, em muitos estudos, a mais significativa de todas as variáveis explicativas, no entanto, as avaliações objetivas de saúde, muitas vezes, não conseguem mostrar conexão significativa (Bertoquini, 2013).

Em relação ao **quinto objetivo** deste estudo, que tinha como finalidade analisar a relação entre o afeto positivo, afeto negativo e a satisfação com a vida. Atendendo aos resultados obtidos podemos concluir que o coeficiente de correlação entre o afeto positivo e a satisfação com a vida é estatisticamente significativo, existindo uma relação positiva e moderada, sendo que entre o afeto negativo e satisfação com a vida a correlação é estatisticamente significativa, negativa e muito fraca.

Os resultados obtidos vão de encontro aos estudos desenvolvidos na área por diferentes autores (Crawford & Henry, 2004, Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Diener & Biswas-Diener, 2002), evidenciando que a satisfação com a vida se correlaciona moderadamente com o afeto positivo e fraca e inversamente com o afeto negativo.

Relativamente ao **sexto objetivo**, onde se pretendeu analisar a relação entre idade, tempo das funções desempenhadas, percepção de saúde e afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida. Constata-se a inexistência de correlações estatisticamente significativas entre a idade e o afeto positivo e entre este e a duração das funções desempenhadas, também se verificou não existir uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o afeto negativo e tempo das funções desempenhadas e afeto negativo .

Em relação à análise das diferenças entre cuidadores formais com diferentes percepções de saúde, não se verificaram diferenças significativas quanto ao afeto positivo, afeto negativo, mas verificaram-se quanto à satisfação com a vida, sendo que esta é maior nos profissionais que percebem a sua saúde como sendo muito boa.

5. Conclusão

A presente investigação teve como principal objetivo caracterizar e analisar o bem-estar subjetivo em cuidadores formais de idosos institucionalizados em lares de terceira idade e/ou que frequentam centros de dia.

Esta conclusão integra a análise dos principais resultados obtidos, uma reflexão crítica global, limitações e contributos do estudo, e por fim, possíveis sugestões para estudos futuros.

O estudo do bem-estar subjetivo constitui-se como um campo de investigação científica promissor e tem sido alvo, nas últimas décadas, de várias investigações, no entanto, devido a ser um fenómeno complexo e multidimensional, ainda encerra em si muitos desafios (Galinha, 2006). Atualmente, existe evidência científica, que demonstra a associação do Bem-estar subjetivo à promoção da saúde mental nos indivíduos e sociedade, com fortes potencialidades ao nível da intervenção psicológica (Bertoquini, 2013 & Galinha, 2006).

Assim, e considerando a importância do bem-estar subjetivo para a promoção da saúde mental e o funcionamento eficaz do indivíduo e da comunidade, é perceptível a importância da promoção do bem-estar/saúde mental positiva nos cuidadores formais de idosos.

Dos resultados obtidos, destaca-se que os cuidadores do sexo masculino apresentam valores mais elevados de afeto negativo e satisfação com a vida do que os cuidadores do sexo feminino. Os resultados diferenciais revelam que os cuidadores que desempenham funções e lares e centros de dia simultaneamente apresentam maior afeto negativo e os que trabalham apenas em centros de dia apresentam menor satisfação com a vida.

Os resultados sugerem que relativamente à experiência anterior de trabalho neste tipo de instituições e a sua duração, que quanto maior é a duração dessa experiência maior é o afeto negativo.

No que respeita às limitações deste estudo, é de referir que sendo esta uma amostra de conveniência e constituída por um número de participantes relativamente pequeno para um estudo desta natureza pelo que se sugere em estudos futuros alargar a dimensão da amostra estudada. A amostra do estudo também não permite que os resultados sejam generalizados, sendo o mesmo salientado por outros autores (Almeida, 2014; Monte, Fonte & Alves, 2015; Pais-Ribeiro, 2007). Desta forma, todas as conclusões obtidas apenas dizem respeito à população estudada e circunscrita às instituições em questão.

Poderia ser enriquecedor analisar através de um estudo realizado com uma amostra mais representativa desta população a nível nacional, sendo esta uma nova área de investigação em crescimento em Portugal, neste sentido seria interessante se se procurasse estender o estudo a outras instituições que prestassem o mesmo tipo de serviços, pois isso iria permitir conhecer melhor o fenómeno estudado e deste modo, aumentar o leque dos estudos empíricos sobre o tema.

Todavia, os resultados deste estudo permitem-nos obter considerações interessantes que poderão ser úteis numa ótica de alerta/informação e eventualmente na implementação de projetos de intervenção promotores de bem-estar subjetivo, qualidade de vida e/ou facilitadores da transição/adaptação e permanência face aos cuidadores formais de idosos.

Por conseguinte, seria interessante, possibilitar o aumento de conhecimento científico sobre estas temáticas, na área da saúde mental, fornecendo importantes contributos para o entendimento da saúde mental numa perspetiva global e positiva, possibilitando o aperfeiçoamento das estratégias de intervenção psicológica.

Para além das limitações acredita-se que este estudo também apresenta pontos fortes, na medida em que, desde logo, acarreta várias vantagens para as instituições onde foi efetuado: permitiu conhecer melhor a realidade dos seus colaboradores. Neste âmbito pode ser pertinente avaliar se será necessário proceder a mudanças organizacionais, implementar atividades que melhorem a satisfação dos mesmos, facultar apoio psicológico aos colaboradores que se mostrem emocionalmente mais exaustos, promover ações de formação adequadas, entre outras.

Assim, deste estudo derivaram conhecimentos pertinentes que poderão ser úteis na implementação de projetos de intervenção promotores de bem-estar subjetivo direcionados aos cuidadores formais de idosos de uma forma generalizada, e específica, mediante os resultados presentes neste estudo, nomeadamente a alguns grupos de cuidadores formais de idosos, que evidenciaram níveis mais baixo de bem-estar subjetivo, particularmente aos cuidadores do sexo masculino que apresentaram níveis mais elevados de afeto negativo, aos cuidadores que quanto maior foi a duração dessa experiência maior é o afeto negativo, aos cuidadores que apresentam níveis mais elevados de afeto negativo, quando exercem funções simultaneamente em lares e centro dia e aos cuidadores que apresentam níveis baixos de satisfação com a vida, quando só exercem funções em centros de dia.

Em suma, a oportunidade de lidar com cuidadores nas suas variadas experiências foi provavelmente a mais-valia deste estudo, possibilitando uma reflexão pessoal sobre a dimensão do cuidar do outro que se esperava que tivesse um peso maior nos participantes. Por outro lado, foi muito interessante poder refletir sobre a aplicação dos conhecimentos da psicologia à experiência individual na prestação de cuidados ao outro, e ao contexto laboral como área primordial do desenvolvimento humano. Por fim, salienta-se o contacto com esta realidade estudada na instituição que contribuiu e muito para um enriquecimento profissional e pessoal.

Referências

- Albuquerque, A., & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Albuquerque, I., & Lima, M. (2007). Personalidade e bem-estar subjectivo: Uma abordagem com os projetos pessoais. O Portal dos Psicólogos. *Disponível em* <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>.
- Almeida, K. S., Leite, M. T. & Hildebrandt, L. M. (2009). Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: Revisão de literatura. *Revista eletrônica de enfermagem*, Goiânia, 11, 403-412.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In: D. Kahneman, E. Diener, and N. Schwarz (Eds.). *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. Russell Sage Foundation, New York, 353-73
- Azevedo L., Loureiro, C., Pereira, J. & Cunha, M. (2010). Vulnerabilidade ao stress, Desordens Emocionais, Qualidade de Vida e Bem-Estar em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório. *Actas de VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho*, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro.
- Augusto-Landa, J. M., Pulido-Martos, M., & Lopez-Zafra, E. (2011). Does perceived emotional intelligence and optimism / pessimism predict psychological well being? *Journal of Happiness Studies*, (12), 463-474.
- Baptista, A. (2013). *Aprender a ser feliz: Exercícios de Psicoterapia Positiva*. Lisboa: Pactor.

- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demências em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12, 119- 129.
- Benevides- Pereira, T. M. A. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Bertoquini, V. (2013). *Personalidade, coping e bem-estar subjetivo*. Dissertação de Doutorado. Universidade do Porto.
- Brito, L. (2001). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto
- Brito, F. C., & Ramos, L. R. (2002). Serviços de atenção à saúde do idoso. In M. P. Netto, (Ed.). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 394-402). São Paulo: Ateneu
- Cachioni, M. (2012). *Indicadores de bem-estar subjetivo e de bem-estar psicológico entre idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade*. Tese de Livre-Docência. Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo.
- Caunt, B. S., Franklin, J., Brodaty, N. E., & Brodaty, H. (2013). Exploring the causes of subjective well-being: A content analysis of peoples' recipes for long-term happiness. *Journal of Happiness Studies*, (14), 475-499.
- Cheung, M. W. L., & Chan, W. (2009). A two-stage approach to synthesizing covariance matrices in metaanalytic structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 16, 28-53.

- Cocco, E., Gatti, M., De Mendonça Lima, C. A., & Camus, V. (2003). A comparative study of stress and burnout among sta* caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 78-85. doi: 10.1002/gps.800
- Cocco, E. (2010). How much is geriatric caregivers burnout caring-specific? Questions from a questionnaire survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 66-71
- Davern, M. T., Cummins, R. A., & Stokes, M. A. (2007). Subjective wellbeing as an affective-cognitive construct. *Journal of Happiness Studies*, (8), 429-449
- DeNeve, M., & Cooper, H. (1998). The Happy Personality: A Meta- Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well- Being. *American Psychological Asociation (APA)*, 124, 197-229. doi: 0033-2909/98
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., & Griffin S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment* (49) 71-77. doi: 10.1037/0022-3514.47.5.1105
- Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. In G. Hector (Ed.), *Key issues in cross-cultural psychology: selected papers from the Twelfth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*. San Diego: Academic Press.

- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, (125), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, (55), 34-43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E., & Scollon, C. (2003). *Subjective well-being is desirable, but not the summum bonum*. Paper to be delivered at the University of Minnesota Interdisciplinary Workshop on Well-Being, 1-20.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011) Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 1-43. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Paul, D., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-122.
- Dyrdal, G. M., Roysamb, E., Nes, R. B. & Vittersø, J. (2011). Can a Happy Relationship Predict a Happy Life? A Population-Based Study of Maternal Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood. *Journal of Happiness Studies*, 12, 947-962. doi: 10.1007/s10902-010-9238-2
- Eid, M., & Larsen, R. (2007). *The science of subjective well-being*, The Guilford Press: New York, NY.

- Faustino, C. (2014). *Bem-estar subjetivo e o ajustamento emocional do idoso*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Ferreira, J. (2014). *Qualidade de vida. Vulnerabilidade ao stress e Burnout nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer: Um estudo correlacional*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Instituto Superior da Maia (ISMAI).
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede - Instituto de Gestalt-Terapia e Atendimento Familiar*, (5) 51-61.
- Francos, M. (2005). Factores generadores de estrés: Un caso concreto. *Informaciones Psiquiátricas*, 75-93
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, (24), 237-258
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3, 1. doi: 10.1037/1522-3736.3.1.31a
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, (56), 218-226. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 359, 1367-1377. doi: 10.1098/rstb.2004.1512
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165

- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. P. (2005a). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Galinha, I., & Pais- Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II- Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, (2), 219-227.
- Galinha, I. (2008). *Bem-Estar Subjetivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Galinha, I., & Pais- Ribeiro, J. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2, 34-53.
- Garrido, R. & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*, 38 (6), 835-841.
- Gray, R., Hahn, L., Thapswan, S., & Thongcharoenchupong, N. (2016). Strenght and stress: Positive and negative impacts on caregiver for older adults in Thailand *Australasian Journal on Ageing*, 35, 7-12.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. Temas em Psicologia da SBP, 12, 43-50.
- Hayes, N., & Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34, 723-727.
- Hansen, T. & Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22, 187-195.

- Henderson, L.W., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2, 3, 196-221. doi: 10.5502/ijw.v2i3.3
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). Dia Internacional do Idoso. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Revista de Estudos Demográficos*, (54).
- Kashdan, T. B. (2004). The neglected relationship between social interaction anxiety and hedonic deficits: Differentiation from depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 719-730.
- Kramer, J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37, 218-32.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002), Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 , 1007-1022. doi: 10.12691/education-2-7-5
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222. doi: 10.2307/3090197
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Kramer, B. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *Gerontologist*, 37, 218–232.

- Larsen, R. J., & Eid, M. (2008). Ed Diener and the science of subjective well-being. In M. Eid & R. J. Larsen, *The science of subjective well-being*. Guilford Publications.
- Lawton, M., Moss, M., Kleban, M., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A Two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46(4), 181-189.
- Lawton, M., Moss, M., Hoffman, C., & Perkinson, M. (2000). Two transitions in daughter's caregiving careers. *The Gerontologist*, 40, 437-487.
doi: 10.1093/geront/40.4.437
- Lench, H. C. (2011). Personality and Health Outcomes: Making Positive Expectations a Reality. *Journal of Happiness Studies*, 12, 493-507. doi: 10.1007/s10902-010-9212-z
- Leitão, M., & Almeida, T. (2000). O cuidador e a sua qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13, 80-85.
- Lopes, L., Cachioni, M. (2013). *Impacto de uma Intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com demência de Alzheimer*. Tese De Mestrado. Universidade Estadual de Campinas: Faculdade de Ciências Médicas.
- Lee, Y. C., Lin, Y. C., Huang, C. L., & Fredrickson, B. L. (2013). The construct and measurement of peace of mind. *Journal of Happiness Studies*, 14, 571-590. doi: 10.1007/s10902-012-9343-5
- Llobet, M. P., Canut, M. L., Mateu, P. S., & Ávila, N. R. (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería Global*, 19, 1-6

- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46 , 137-155. doi: 10.1023/A:1006824100041
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point of model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 527-539. doi: 10.1037/0022-3514.84.3.527
- Martins, R. M. (2007). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, XX, 128-134.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422
- Maskekaasa, A. (1994). Psychological well-being and marital dissolution: Selection effects? *Journal of Family Issues*, 15, 208-228.
- Monteiro, B. D. (2013). *Engagement e empatia como preditores do burnout*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P
- Nascimento, L., Moraes, E., Silva, J., Veloso, L. & Vale A. (2008). Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 514-517
- Neri, A. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea Editora.

- Neri A., Sommerhalder, C. (2006). Avaliação subjetiva da tarefa do cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. *Campinas*, 2, 93-134: *Disponível em:* http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/LIPDISyn0InYELi
- Noonan, A.E., & Tennstedt, S.L. (1997) Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37, 785-794
- Oishi, S., Diener, E., Suh, E., & Lucas, R. E. (1999). Value as a moderator in subjective well-being. *Journal of Personality*, 67, 157-184.
- Pallant, J., & Reid, C. (2014). Measuring the positive and negative aspects of the caring role in community versus aged care setting. *Australasian Journal on Ageing*, 33, 244-249
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. (1999). A Saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*. 3, 345-362
- Passareli, P., & Silva, J. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjectivo. *Estudos de Psicologia* 24, 513-517.
- Patrick, K. & Lavery, J. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43-48
- Pavot, W., Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3, 137- 152.

- Rasmussen, H. N., Wrosch, C., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2006). Self-regulation processes and health: The importance of optimism and goal adjustment. *Journal of Personality*, 74, 1721-1748.
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., & Ferreira, E. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 870-875.
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Ryff, C. D., & Singer B. H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Santos, R., Franco, M., Batista, V., Santos, P., & Duarte, J. (2008). Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. *Revista ReferênciaI*, 8, 17-31.
- Schimmack, U., Diener, E., & Oishi, S. (2002). Life- satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: The use of chronically accessible and stable sources. *Journal of Personality*, 70, 345-385
- Shapiro, S., Brown, K., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulnessbased stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education Professional Psychology*, 1(2), p. 105-115.

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010) *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- Siqueira, M. M., Jesus, S. N., & Oliveira, V. B. (2007). *Psicologia da Saúde Teoria e Pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Schwartz CE. & Sendor, RM. (1999). Helping others helps oneself: Response shift effects in peer support. *Social Science & Medicine*. 1563 -1575.
- Seligman, M. E. P. (2011). *A vida que floresce*. Lisboa: Estrela Polar.~
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26, 503-515
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37, 5-30.
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjectivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, Brasília, 24, 201-209.
- Sommerhalder, C., & Neri A. (2006). Avaliação subjetiva da tarefa do cuidar: Ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: Néri, A. L. (Org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea: 93-134.

- Spooner-Lane, R. & Patton, W. (2007). Determinants of burnout among public hospital nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 8-16
- Strawbridge, W. M., Walhagen, M. I., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997). New burdens or more of the same? Comparing adult grandparent, spouse and adult-child caregivers. *The Gerontologist*, 37, 505-510.
- Towsend, A., Noelker, L., Deimling, G., & Bass, D. (1989). Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health. *Psychol Aging*, 4, 393-401.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985) Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- Vaz, E. (2009). *A velhice na primeira pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.
- Zamora, Z., & Sánchez, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 127-142. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29213110.pdf>
- Zimmerman, S., Williams, C., Reed, P., Boustani, M., Preisser, J., Heck, E., & Sloane, P. (2005). Attitudes, stress and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45, Special Issue, 1, 96-105.

Anexos

Anexo 1 – Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Inês Gomes
Diretora da FCHS

Porto, 29 de Dezembro de 2015

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Ana Carolina da Costa Ventura, intitulado "Bem-estar subjetivo em cuidadores formais de idosos que frequentam centros de dia e que se encontram institucionalizados em lares da terceira idade", considera nada haver a opor à realização do mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da
Comissão de Ética


Susana Teixeira Magalhães



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC 502 057 602 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T +351 22 507 1300 - F +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia 295 - 4200-150 Porto - Portugal - T +351 22 507 4630 - F +351 22 507 4637 - R Delhm.Mala 334 - 4200-253 Porto - Port. gal
T +351 22 509 6371 - geral@saude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertiandos - 4990-078 Ponte de Lima - Portugal - T +351 258 741 026 - F +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt

Anexo 2- Autorização

Exmo Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde.

Eng.º Arlindo Maia

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um projeto de investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Eu, Ana Carolina da Costa Ventura, aluna no 2º ano do 2º Ciclo de Estudos em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa e estagiária de Psicologia na V. Instituição, venho por este meio solicitar a V. Excelência, autorização para realizar uma investigação no âmbito da tese de mestrado, no lar de terceira idade da Santa Casa de Misericórdia de Vila do Conde.

A investigação, intitulada: “Bem-estar subjetivo em cuidadores formais de idosos que frequentam centros de dias e/ou que se encontram institucionalizados em lares de terceira idade”, tem como objetivo geral analisar o bem-estar em cuidadores formais de idosos que frequentam centros de dia e/ou que se encontram institucionalizados em lares de terceira idade e como objetivos específicos descrever a satisfação com a vida e os afetos positivo e negativo nesta população. Para tal, pretende-se avaliar uma amostra de conveniência constituída por 100 indivíduos, de ambos os sexos, cuidadores formais de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Os participantes serão informados sobre os objetivos do estudo, método e procedimentos adotados, bem como sobre o facto de ser assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos. Serão também informados do direito de recusar a participação, ou de desistir em qualquer momento, sem que disso resulte qualquer prejuízo pessoal. Ser-lhes-á dada oportunidade de fazerem as perguntas que julguem necessárias, e apenas

responderão se de todas obtiverem uma resposta satisfatória. Os participantes serão, ainda, informados de que as suas respostas aos questionários serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo os mesmos guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

O consentimento informado e os questionários serão mantidos em separado, de forma a garantir o anonimato dos participantes. Será também criada uma base de dados eletrónica em que não constará nenhum dado pessoal e de identificação do participante.

Para avaliação dos participantes, pretende-se administrar os seguintes instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico

- Escala de Satisfação com a vida

- Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Versão portuguesa de Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005).

Relativamente ao procedimento a adotar, foi solicitada autorização aos autores dos instrumentos para sua adoção no presente estudo, bem como autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa. Antes da distribuição dos questionários e o seu posterior preenchimento, será distribuído a todos os participantes o consentimento informado, caso concordem em participar no estudo, proceder-se-á à distribuição dos questionários.

Estarei disponível para esclarecer quaisquer dúvidas que V. Ex. Possa ter relativamente ao projeto.

Grata pela atenção.

Com os melhores cumprimentos

Anexo 3- Autorização para a utilização das escalas- SWLS e PANAS



Felix Neto <fneto@fpce.up.pt>

16/11/
15

para mim

Boa tarde

Nada a opor quanto à utilização da referida escala na sua investigação.

Com os melhores cumprimentos

Félix Neto

De: Ana Carolina da Costa Ventura [19972@ufp.edu.pt]

Enviado: segunda-feira, 16 de Novembro de 2015 20:04

Para: Felix Neto

Assunto: Pedido de autorização para a utilização da Escala de Satisfação com a Vida

Boa noite, cara Ana Ventura.

Autorizo a utilização da PANAS, nas duas versões, integral e reduzida.
Por favor, envie os meus cumprimentos à Professora Isabel Silva.

Felicidades para o projeto.

Iolanda Costa Galinha

Professora Associada em Psicologia - Universidade Autónoma de Lisboa

www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=5057768134630915

From: Ana Carolina da Costa Ventura <19972@ufp.edu.pt>

To: iolandag@yahoo.com

Sent: Monday, November 16, 2015 8:00 PM

Subject: Pedido de autorização para utilização do instrumento A PANAS

Anexo 4- Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo: Bem-estar subjetivo em cuidadores formais de idosos que frequentam centros de dias e/ou que se encontram institucionalizados em lares de terceira idade.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: / / 20

Assinatura **do** **participante** **no**
projecto:

O Investigador responsável:

Nome: Ana Carolina da Costa Ventura

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

QUESTIONÁRIO SÓCIO - DEMOGRÁFICO

1. **Sexo** Feminino ☐ Masculino ☐

2. **Idade** _____ anos.

3. **Estado Civil:**

Solteiro(a) ☐

Casado(a) / União de fato ☐

Divorciado(a) / Separado (a) ☐

Viúvo(a) ☐

Qual o ano de escolaridade mais elevado que completou:

Qual a sua Categoria Profissional: _____

Atualmente desempenha funções em:

Lar de Terceira Idade

Não ☐

Sim ☐ Há quanto tempo? _____ anos

Centro de Dia

Não

Sim ☐ Há quanto tempo? _____ anos

Antes de trabalhar no Lar de Terceira Idade e/ou Centro de dia, já tinha experiência de trabalho neste tipo de instituições?

Não ☐

Sim ☐ Se sim, qual a duração dessa experiência? _____ anos

Em geral, como classifica a sua saúde?

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má

Anexo 6- Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Escala de Satisfação com a Vida

(Versão Portuguesa de Neto, Barros e Barros, 1990)

Encontra a seguir cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala de 1 a 7 abaixo indicada, refira o seu grau de acordo com cada frase, fazendo uma cruz no número apropriado.

Procure ser sincera nas respostas que vai dar.

A escala de 7 pontos:

- 1- Totalmente em desacordo
- 2- Em desacordo
- 3- Mais ou menos em desacordo
- 4- Nem de acordo nem em desacordo
- 5- Mais ou menos de acordo
- 6- De acordo
- 7- Totalmente de acordo

As frases para analisar:

- | | |
|--|---------------|
| - Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais | 1 2 3 4 5 6 7 |
| - As minhas condições de vida são excelentes | 1 2 3 4 5 6 7 |
| - Estou satisfeita com a minha vida | 1 2 3 4 5 6 7 |
| - Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida | 1 2 3 4 5 6 7 |
| - Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada | 1 2 3 4 5 6 7 |

Anexo 7- Escala de Afeto positivo e afeto negativo (PANAS)

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

(Versão portuguesa de Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005))

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções, durante as últimas semanas.

1 Nada ou muito Ligeiramente 2 Um Pouco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Extremamente

___ Interessado

___ Perturbado

___ Excitado

___ Atormentado

___ Agradavelmente surpreendido

___ Culpado

___ Assustado

___ Caloroso

___ Repulsa

___ Entusiasmado

___ Orgulhoso

___ Irritado

___ Encantado

___ Remorsos

___ Inspirado

___ Nervoso

___ Determinado

___ Trémulo

___ Ativo

___ Amedrontado